

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educational :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com

Prendre en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041547

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIRIG Lahoucine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot 5 / ARDE RANMAVE Bw 29 No 60

OULEFA

Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : 1270,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : ACCUEIL Age : 66

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie ischémique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS A

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

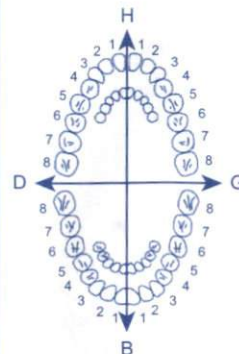
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

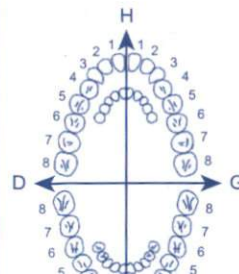
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Mr Boumzaïrigh
LAHOUCHE

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH



316,00 x 2
(1)

Plavix 75

10415

3070 x 2
(20)



KARDEGIC 75

155

131,50 x 2
(3)

TAREG 80

157,10 x 2
(4)

1915

N047

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 300DH



TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 131.50 DH



28 comprimés pelliculés
PPV : 131.50 DH

LOT: 197049 EXP: 06/21
PPV: 157DH10

LOT: 197049 EXP: 06/21
PPV: 157DH10





Pharmacie Al Motahida

31, rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane
Aloulfa, casablanca - Tél.: 0522 89 56 06

Patente N° : 36036700
R.C : 331308

Casablanca le 09/12/15

Facture N° : 2848

Fait pour : M^{re} Boumgain Yehouane

Produits	Quantités	Prix Unitaire	Total
plan 25	02	316.-	632.-
Koudjia 5	02	30.70	61.40
Tan ej 10	02	131.50	263.00
Nohir	02	157.10	314.20
	08		1270.60

Facture arrêtée à la somme de :

Deux cent soixante et dix sept

Signature et cachet du pharmacien

Pharmacie Al Motahida
31 Rue 36 Lot. Sidi Abderrahmane
Aloulfa - Casablanca
Tél.: 0522 89 56 06

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Pr. SABRI Mohamed

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BACHMAIR LAHOUCHE

Présente

Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

plavix 75 1cp15 - KARDECIC 75 156
TAREG 80 1cp15 - NOLIP 10 1cp15

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Hôpital Hassan II International Cheikh Khalifa
Pr. SABRI Mohamed
Cardio interventionnel
101100311