

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

199017

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033793

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIZZE M FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : BOUIZZE M FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : Affection neurologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

06.03.24

150,00

Dr. M. POURZIS

Neurologue

091144816

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/24	

ou du Fournisseur	2000	Montant de la facture
PHARMACIE LUMIN LAHRICHI SARL AU 350, Bd. Al Oueds, Inera, Ain Chok Casablanca - NNE : 092040427 Tel.: 05 22 52 40 29	06/03/24	PHARMACIE LUMIN LAHRICHI SARL AU 350, Bd. Al Oueds, Inera, Ain Casablanca - NNE : 092040427 Tel.: 05 22 52 40 29

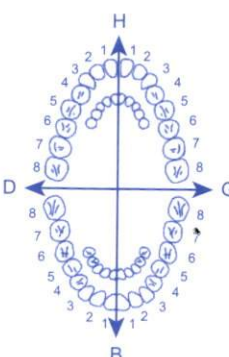
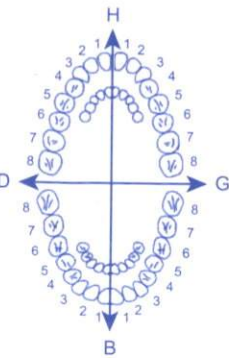
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

[illegible]

--	--	--

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 21433552 00000000 D 00000000 35533411 G 00000000 11433553 B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 		MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

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

Création, remont, adjonction)
 onel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE: _____

1952

06 67016361

Inna T

FACTURE N° :F240202216/P

N° classement : PAYANT - 2106



90001520

DATE FACTURE : 06-03-2024

Identification patient

N° IPP : 2400018299

Nom et prénom : BOUIZZM FATIMA

N° d'admission : S240201231

Information

Date d'entrée : 06/03/2024 10:43

Organisme 1 : PAYANT (Payant)

Service d'entrée : NEUROLOGIE

Date de sortie : 06/03/2024 10:44

N° immatriculation 2 :

Medecin Traitant : DR BOUREZGUI MARIAME

Service de sortie : NEUROLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
ACTES COTES EN C : CONSULTATION DE SPECIALISTE	46186	Cs	1	150,00	0,00	150.00
TOTAL						150,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2 ,		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
Cs	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	150,00 Dhs	-

Montant dû :	150,00
Avances :	0,00
Montant Régulé :	150,00
Reste du :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 150,00 Dhs

Arrêtée la présente facture de la part patient
à la somme de :

cent cinquante Dirhams

150,00 Dhs

EDITEE LE : 6 mars 2024 à 10:44

PAR : ZARIA Karima

وصفة
ORDONNANCE

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE : 092040427
Tél : 05 22 52 40 29

06/3/24

M^{me} BOUIZM FATIMA
938,00

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU

550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE : 092040427
Tél : 05 22 52 40 29

469,00 x 2

(NS)

(NS)

(NS)

(NS)

96,00

2)

P1322222

189,00

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU

550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE : 092040427
Tél : 05 22 52 40 29

3)

Oxymerc 375

ey melu



صحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOUS SONT NOTRE PRIORITE
INARA II

4 Colomast



95,00

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Ouds, Inara, Ain Chok
Casablanca - INME: 09204042
Tél.: 05 22 52 40 29

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Ouds, Inara, Ain Chok
Casablanca - INME: 09204042
Tél.: 05 22 52 40 29

cc 1957V

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Ouds, Inara, Ain Chok
Casablanca - INME: 09204042
Tél.: 05 22 52 40 29

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3

FCE24 0826
LOT PER
Prix 95.00

LOT 303081 1
EXP 08 2026
PPV 438.00 DH

LOT 302179 1
EXP 05 2026
PPV 469.00 DH

LOT 302179 1
EXP 05 2026
PPV 469.00 DH