

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.

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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- 052049

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4176 Société : 64005

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DMARI ABDELMAJID

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : RES ATADAMOUN IMM 78 RUE 2 N° 6
OULFA CASABLANCA

Tél. : 0668593259 Total des frais engagés : 650,00 + 587,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 JAN 2021

Nom et prénom du malade : Omar Abdelmajid Age : 70

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

Nature de la maladie : Asthme - effet Brucel

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

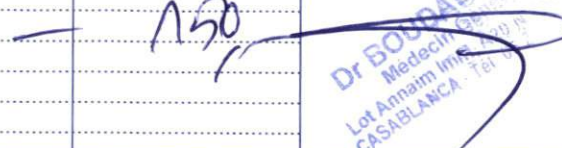
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA Le : 15 / 03 / 2021

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
21 JAN 2021	C		150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/21	437.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/01/21	B:0	650.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

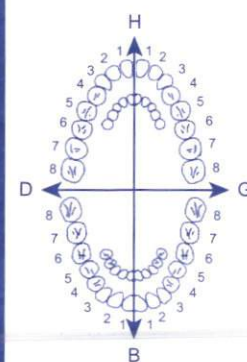
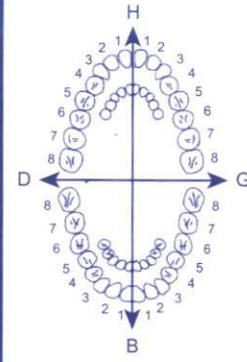
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION																					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX																					
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 21/01/21 : الدار البيضاء، في

omari Abdelmajid

-267.00

- Zivlex 400



-75.00

- Bracolib



up + 3 IT

-45.80

- Celstr 400



-44.60

- Felder fast



T=437.40 1 up a subby

PHARMACIE RESIDENCE ANNAÏM
Dr BOUDAD Latifa
Médecine Générale
Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa
Tél : 05 22 91 32 44 - 06 66 26 70 60

زيفلو كس

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

LOT: M0280

PER: 09/2021

PPV: 267,00DH

مضاد حيوي

75,00



611 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouekoura

LOT. N° :

8 4 4 5 8 4 0 7

UT. AV. :

0 8 / 2 0 2 3

P.P.V.:

4 9 0 H 6 0

49,60



ORDONNANCE

Casa le 21 JAN 2021

Mr/Mme

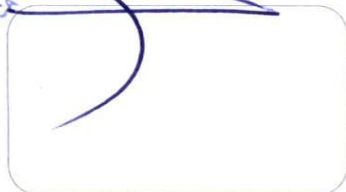
Omar Abdelmajid

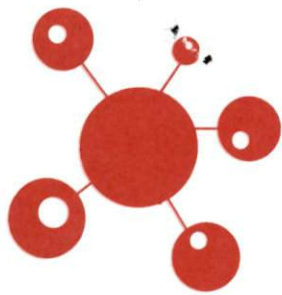
Sérologie Covid 19.
PCR

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabi - Casablanca
Tél : 05 22.90.90.44
N° ICE : 001698908000003

ABOUAD Latifa
Médecin Général
marm Imm. 420 W3 Oufia
CASABLANCA Tél: 05 22 91 32 44

Cachet du médecin





مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 210100640

CASABLANCA le 21-01-2021

Mr Abdelmajid OMARI

Demande N° 2101215008

Date de l'examen : 21-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	RECHERCHE D 'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)	E650	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 650.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. SAÏD EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44
N° ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008