

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.

Diagnostique 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.

Reéducation :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 072401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543

Société : Retraite (RAN)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAOUFI Bouchra

Date de naissance : 12-05-1960

Adresse : 240 Bd Hassanine SARMIHA

Tél : 074370077

Total des frais engagés : 1282 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05-10-2021

Nom et prénom du malade : KHAOUFI Bouchra

Age : 61 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète / Boule

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 : 05-10-21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
05/10/21	Soins Généraux	1	1282,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELILA CASABLANCA Mme ELILA EL ENKOUNI 229, Boulevard Al Joufani Salmia 2 - Casablanca Tél: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092	05/10/21	1282,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

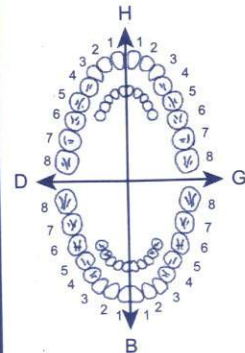
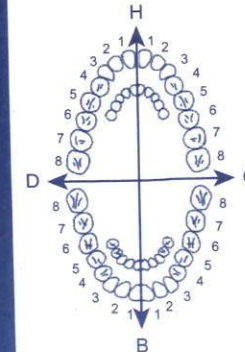
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D 00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D 00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
				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

Docteur Hajar AMRAINE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecin a la Polyclinique C.N.S.S

Médecine Générale

Urgentologie-diabetologie-HTA

Echographie

E.C.G

الدكتورة هجر عمرين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة بمصحة الضمان الإجتماعي درب غلف

الطب العام

أمراض النساء - الرجال - الأطفال

طب المستعجلات

السكري - الضغط الدموي

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca.le

Dr. Hajar AMRAINE
Polyclinique C.N.S.S
Riad El Bernoussi 1, GHS
Appt. 3 - Casablanca

K Badouf De Saib

79,70

11 Aza 50

79,70

30,00
1x2

1p x 2

2000 2000

86,50

1fel x 1

3 dent BA

2B x 1

36,40

4) Kopred 20

3 (87,100)

PPV 790DH70
PER 08/24
LOT K2172

LOT 210579
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

LOT 210384
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

86,50

PHARMAS
LOT :8932
UT.AV : 03-23
PPV : 36DH40

47180



Dagir

PPV :
EXP :
Lot N° :

243,00
x 4

1282,00



47,80

TrésBa

Ensemble

1000

x 3 1480

1282,40

Dr. Hajar AMRAINE
Médecine Générale
Riad El Bernoussi 1, GHS
Lot. 4, Appt. 3 - Casablanca

PHARMACIE FADILA CASABLANCA

Mme ELILA GUENNOUN

226, Boulevard Al Bala

Salmia 2 - Casablanca

Tél: 05 22 38 01 47

Tél: 05 22 38 01 47

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



8-9560-73-270-1

8-9560-73-270-1

8-9560-73-270-1