

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.

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



ND: 34220

Déclaration de Maladie : N° P19-0022071

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7172 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LACHANIH Date de naissance : 25/03/58
Adresse : Sidi Othmane BLOUIN 83 6950
Tél. : 0661367772 Total des frais engagés : 152,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : JAMIL MICHU Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : embolie du fœtus
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

Signature de l'adhérent(e) : Akz

29/07/2020

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/01/20 | | | 405000 | Dr. LAHDDI TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDIE CHP NY Rochd Sah Othmane |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 10/01/20 | | | 113500 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|--|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



ORDONNANCE

no/07/20

Mr Jamil Aiche

1) orthèse de cheville 
3 semaines

1) 18×200

$1 \times 1/2$

2) Alyce

140×35


DIPLOME
SALAH OTHMANE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE
CHP My Rachid Sidi Othmane

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
DES ARRONDISSEMENTS MOULAY
RACHID - CASABLANCA



Service des urgences

N° de registre : 2907 N° Hosp :
Date : 16/12/92 Heure :
Nom : JAMIL Age :
Adresse : Air Chou

Caisse des urgences

Accident de travail

Accident : voie publique

Violence

Brûlure

Imprudence

Maladie

☐☐☐☐☐☐

Adressé par T.S.V.P

ROYAUME DE MAROC

.Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

Quittance

Reçu de M. *[Signature]*

N° 154790

La Somme de *[Signature]*

| NATURE DE LA RECETTE | EX. | SOMME |
|----------------------|-----|--------------------|
| <i>[Signature]</i> | | <i>[Signature]</i> |
| Total | | <i>[Signature]</i> |

Cachet du
Service

Le *[Signature]*

Signature du
Régisseur

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la Santé

C.H.P. Moulay Rachid Sidi Othmane

Quittance

Nº 154791

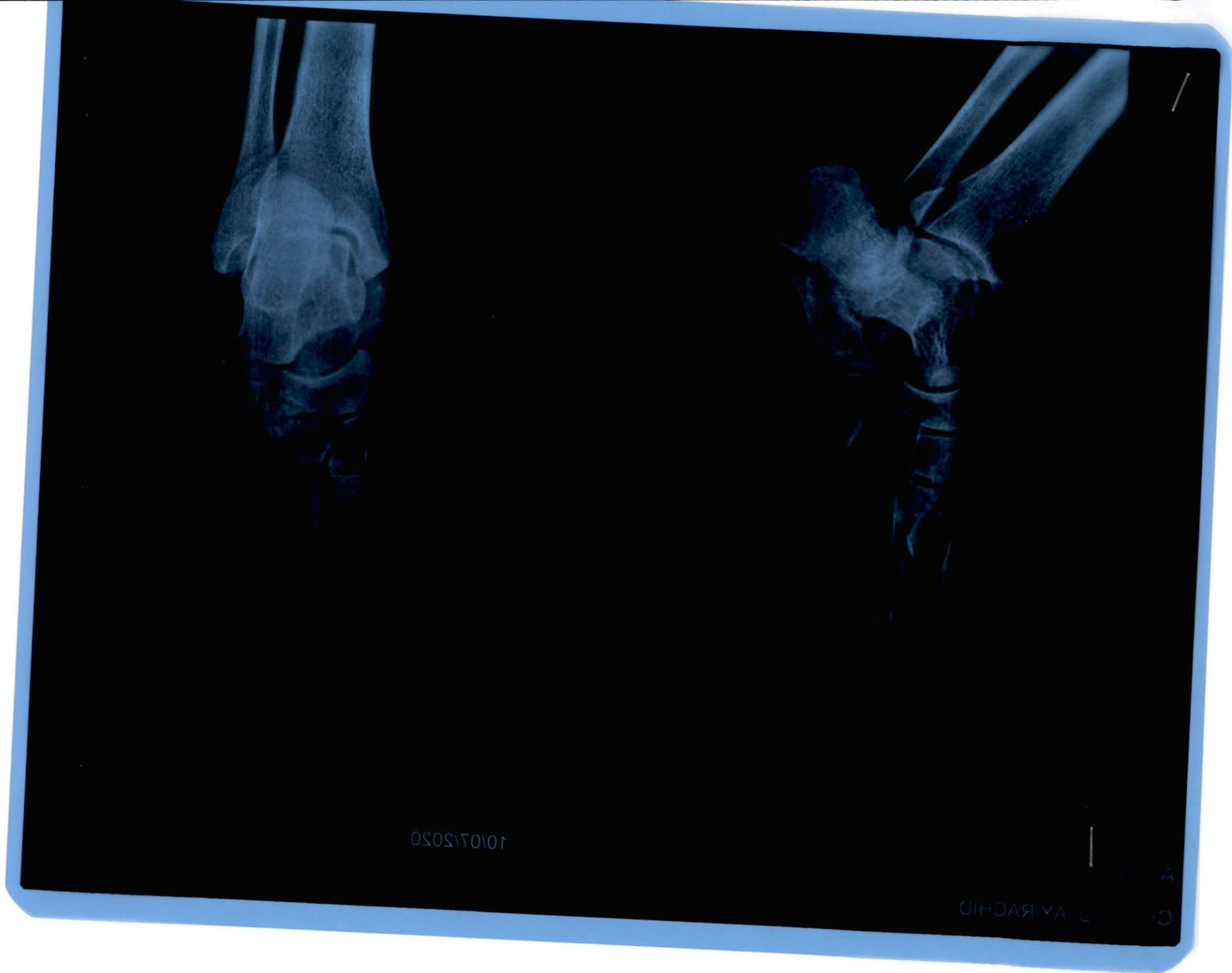
Reçu de M. *J. M. M.*

La Somme de *100 000 000*

| NATURE DE LA RECETTE | EX. | SOMME |
|----------------------|-----|-------|
| <i>Rx</i> | | |
| <i>Proch</i> | | |
| <i>P</i> | | |
| Total | | |

100 000 000
Cachet du
Service

Le 10/10/20
Signature du
Régisseur



101051050

CHRYSTIAN RACHID
A-1