

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.

Diologie 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.

Prothèse :

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- 048728

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4724

Société : RAM - 40797

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Abbellatif

Nom & Prénom : GUEJAI

Date de naissance : 24/09/79

Adresse :

Tél. : 0643959595

Total des frais engagés : 854,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2020

Nom et prénom du malade : LAAYAR NASAT

Age : 51 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epig

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 : 21/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
15.09.2020	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092019496	15/09/2020	2.54,50
092019496		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15.09.2020	flu, ds	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

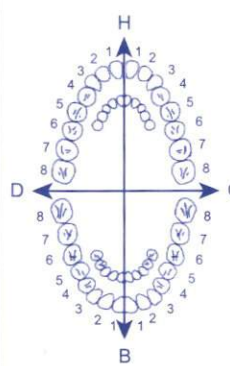
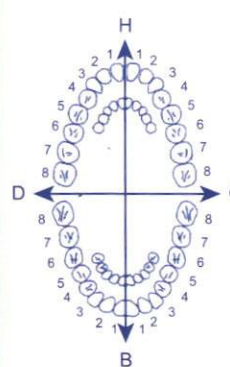
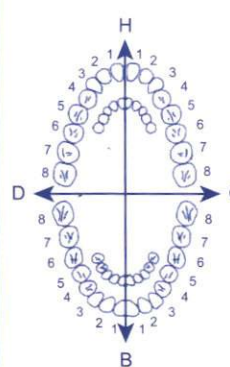
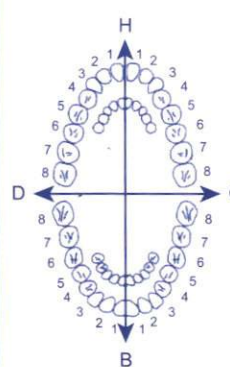
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				Coefficient DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></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			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	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

DR Achraf HADANE

Chirurgien Traumato Orthopediste

Diplômé de la Faculté de Medecine de casablanca

Ancien interne au Centre Hospitalier

de valence (Rhône - Alpes - France)

دور أشرف حدان

جراح في جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز

الاستشفائي فالانس - فرنسا

Casablanca le :

15.09.2020

الدار البيضاء في

M LAAYAR NAGAT

1. 117.30
Celebrex 100mg fi

81/150

2. 75.00
Eniso 20mg fi

81/150

3. 83.50
Newglax

Rollon Zithrochis

28.80
Oibrenyl

150

شارع القدس، تجزئة السكن الانيق، إقامة الصفاء، عمارة 403، الدار البيضاء

BD Al Qods, lot Essakane El Anik, res Assafaa, Imm. 403 - Casablanca

Tél : 0522 50 34 48 / Urgence : 0624 74 95 79 / E mail : hadaneachraf@gmail.fr



149,80

5-

Artiflex



781)

01 mar 3

02 L 54.50



New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



7 640127 792025



10/22

LOT

181104

MFD

11/18

ISOPHARM

New Care AG, Kreillstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

83.90 DH

Lot.

P.P.V. :

Exp.

0936609077

PPV

LOT

PER

28,80



45 Gélules

LOT 13191/FC6
08/2022 PPC 149,50

LOT: N°374
PER: 06/2022
PPV: 75,00 DH

طريف :
Deva
بنا للصيدلة
يدلي مسؤول
أحمد مكي - الدار البيضاء

Dr. Achraf HADANE

الدكتور اشرف حدان

Chirurgien Traumato Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Interne au Centre Hospitalier
de Valence (Rhône - Alpes - France)

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بالمركز
الإستشفائي فالانس - فرنسا

Casablanca, le : 16.09.2020 : الدار البيضاء، في

Compte rendu de radiographie et Facture

- Mr. Mme : LAÏYAE NAGA
- Radiographie de : 2 pieds profil

2 Epreuves coloniales bilatérales
en rhéostase d'ionisation
pendant l'achèvement

Facture arrêtée à :

200,00



Bd. Al Qods, Lot Essakane El Anik, Rés. Assafaa, Imm. 403 - Casablanca
شارع القدس، تجزئة السكن الأنيق، إقامة الصفاء، عمارة 403 ، الدار البيضاء

Tél : 05 22 50 34 48 / Urgence : 06 24 74 95 79 / E-mail : hdaneachraf@yahoo.fr