

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0028468

ND: 52 989

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSERRINE Abdeljalil

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 02 Rue ALHAMA Berrachid

Tél. : 0662770145

Total des frais engagés : 933,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 11 / 20

Nom et prénom du malade : ASSERRINE Abdeljalil

Age : 56

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coliques névralgiques

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 : Berrachid

Le : 11 / 12 / 2020

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
13/11		dent	300.00	Dr. BENSALAH Mounir Anesthésie Périmétrie
11/11		ynet	100.00	
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

CLINIQUE CHADUIA
BERRECHID
Tél: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57

13/11
11/11
20

358.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

13/11/12

130

174.20

IMP: 263000105

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

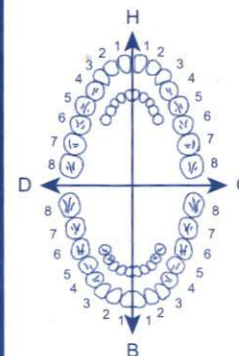
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

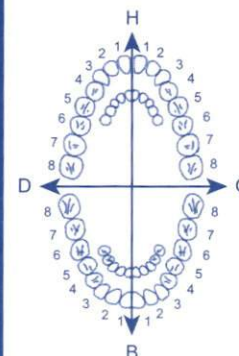
MONTANTS DES SOINS

[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



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA

Lot

Exp

PPV

Lot

Exp

PPV

Berrechid, le

1) ARDERGIL ASERGHE

2) Negaflex 500mg



2.50
2 up 1/1 pendant 15

2) NO SPA GET

3 2.00

1 gel x 3/1 pendant 15

3) profenid cp 100mg



70.90
Pharmacie Fatma
Angle Rue Okba et Rue Medina
Berrechid

1/1 pendant 15

CLINIQUE
3, Rue Okba
BERRECHID

DR. BENSALAH Mounir
Médicinal

LOT : 19E001
PER : 08 2022

NO-SPA 40MG
CP B20
P.P.V : 32DH00



LOT : 19E007
PER : 09 2022

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90



LOT : 20E023
PER : 04 2023

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90



LABORATOIRE IBN SINA
Bd Mohammed V

ICE :001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

BERRECHID
Fax : 05.22.33.66.42

INPE :063000509

IF :40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 73008

IB 34212 B

Nom et Prénom : Mr. ASSERRHINE Abdeljalil

Prescripteur :

Référence : 131120 014

Date : 13/11/2020

BILAN :

CYTO B 70 + CULT B 60 +

MONTANT NET : 174,20 Dhs Soit 130 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent soixante quatorze Dh et vingt cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél 05 22 33 66 43



Berrechid le : 13/11/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 16/11/2020

Mr. ASSERRHINE Abdeljalil**IB 34212 B****RF: 131120014****BACTERIOLOGIE****EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES****EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE**

Aspect	Légèrement trouble
Couleur	Jaunâtre
Ph	7,5
Glucose	Negatif
Albumine	Trace
Sang	Positif
Corps cetoniques	Negatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	30 /mm3	N < 10
Hematies	370 /mm3	N < 5
C.Epitheliales	Rares	
Cylindres.....	Absents	
Cristaux	Absents	
Trichomonas	Absents	
Levures	Absents	

Coloration de GRAM..... ABSENCE DE GERMES PATHOGENES**CULTURES BACTERIOLOGIQUES**Cultures **stériles** après 24h D'incubation à 37°C.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
D. ASSERRHINE
Tél: 05 22 33 66 43



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ANISERGINE ARDELWIL Berrechid, le 13/11/20

ECBU

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Bd. Mohammed V, BERRECHID
Tél 05 22 33 66 22

D. Benshara
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tél : 05 22 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 05 22 32 57 7