

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Hor
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 Roval Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº W19-527636

54708

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000013 Société :

- ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUVE

Nom & Prénom : NACHI RKIA

Date de naissance :

Adresse H. Sihalle

Tél. : XXXXXXXXXX Total des frais engagés : 1406 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2020

Nom et prénom du malade : [redacted] Age: 70 ans

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez 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 : CAS A Le : 7 / 01 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/12/2020 | | C 2 | 300 DHS | INP : 091149939  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  Pharmacie Soufiane Groupe K, Rue 154, Casablanca EL Oulfa - Casablanca Tél : 05 21 69 09 63 I.C.E : 000500246000026 | 08/12/2020 | 1106,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

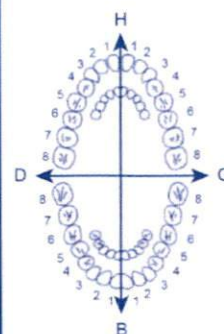
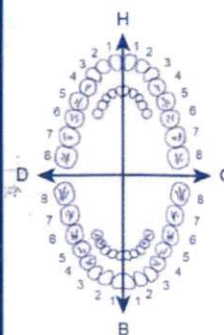
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------|---|---|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




Ordonnance


M. Nachat Rhiou Casablanca, le 18/12/2010

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E.: 000500246000026

 Ibuprofen 200 4x21
62,00

 Acyl 500 26x20x2

 Kayexalate 100 366,00

 Bismarck 100 123x4

 Flamate 66,80x2

M. de Zous 1x1

Centre des Maladies du Rein
et de Dialyse Al Amine
Dr. Mohamed Al Amine
Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63

Maphar
Km 0, Route Côtière 111. 
QJ Zenata Ain sebaa Casablanca
Kayexalate 454g 1F
P.P.V: 366,00 DH



6200
LOT: 10318007
PER: 09/2021
PPV: 62,00 DH

LOT: 14220009
PER: 05/2024
PPV: 26,20 DH

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPV: 26,20 DH



LOT / BATCH: 16269
FAB / MFR: 03-2020
EXP: 02-2023



LOT / BATCH: 16269
FAB / MFR: 03-2020
EXP: 02-2023

50 g e

PPV: 66,80 DH

50 g e

PPV: 66,80 DH

LOT: 2008006
FAB: 08/2020
EXP: 08/2023
PVC: 123,00DH

LOT: 2009010
FAB: 09/2020
EXP: 09/2023
PVC: 123,00DH

LOT: 2009010
FAB: 09/2020
EXP: 09/2023
PVC: 123,00DH

LOT: 2009010
FAB: 09/2020
EXP: 09/2023
PVC: 123,00DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E: 000500246000026