

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067716

55869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69 Rue AL HOUDHOUD MERS SULTAN
Casablanca

Tél. : 0522273479

Total des frais engagés : 619,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2021

Nom et prénom du malade : ZAHEDI FATINACCUR Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie musculo-squelettique

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

Le : 7/01/21

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
07/11/2021	C	1	300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/2021	319,60

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
		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															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU CEEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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



Casablanca

ORDONNANCE

Nom :

ZAHIDI

Prénom :

Fatima

22.00
1. CEDOL Cyl

1 cyl 2 fi 4

63.20
2. ZYNTEE Cyl

2 cyl 6 fi

PHARMACIE DE L'HOPITAL s.a.r.l.a.u.
Angle Bd Zerkouni et Rue D'agadir
Casablanca

PHARMACIE DE L'HOPITAL s.a.r.l.a.u.
Angle Bd Zerkouni Et Rue D'agadir
Casablanca

Clinique HAMDANI
Angle Rue Batinia et rue 93
Quartier la Famille Française
Derb Ghallef Maarif - Casablanca
Docteur Rachid BOUFETTAI
Professeur Agrégé
Chirurgien

47.30

1/ Le sang a la coagulation full.

2/ MAXICLAR 500 mg

153.10 12 clat 3 fois

3/ TAXAN 120 mg

34.00 1 mg 2 fois

319.60

Docteur Rachid BOUFETTAI
Professeur Agrégé
Chirurgien

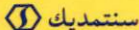
PHARMACIE DE L'HOPITAL SARLAU
Angle boulevard Zerkouni
et Rue d'Agadir-Casablanca
Tél: 05 22 27 39 39

Cédol

20 Comprimés



6 118000 180913



22,00

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 47DH30

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Betadine[®] TULLE 10%

Povidone iodée

Pansement médicamenteux

ماكسيكلاق[®]

63, 20



15

زيرتيك 10 ملغ[®]
سبتييريزين ديكلاز هيدرات

MYANTALGIC[®]
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 07/2023
LOT 04042 2

للتحلل

Steripha . na

PPV: 153DH10
PER: 01-22
LOT: J007

CLINIQUE HAMDANI
DERB GHALLEF
Clinique Multidisciplinaire



REÇU N° 09/20 1818

SERVICE CONSULTATION

Nom et Prénom : ZAHIDI FATIMA

Arrêtée à la somme de : 3000H

Visa Caisse :

Date :

07/01/2021

Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française Derb Ghallef CASABLANCA

Tél. : 05 22 92 28 28 (L.G.) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : clinique.hamdani@yahoo.com