

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.

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

- Reclamation : 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° W19-494676

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19540 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOUNTASSIR YASSINE

Date de naissance : 29/08/1986

Adresse : 24 T NASSIM RESIDENCE DES CHAMPS 3
JLMC N° 5

Tél. : 0667938448 Total des frais engagés : 506,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/2022

Nom et prénom du malade : Mounstassir Yassine Age : 34

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

Nature de la maladie : Braché de sup.

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 : 20/12/2022


Signature de l'adhérent(e) :

S
ch et signature du Medecin
estant le Paiement des Actes

P : Doc 069878

Ang. Bd. Al Oudayyeh - Jeddah - Saudi Arabia
Imm. BC 4km - Tel. 05-22-58 34 44

Tel 05-22-58 34 44

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
20/12/22	S		2500	<div> <div>  </div> <div> <p> INF : </p> </div> </div>

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL
Dr. Amrani Walid
Docteur en Pharmacie
 Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
 Rocade Sud-Ouest - Capablanca
 IF: 52600206 - Potest: 32966029
 ICE : 003107366000072 - CNSS : 4298331

Dr. Amrani Walid
Pharmacie Sun Square Almaz



062115449

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

[illegible]

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

[illegible]

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 de l'ODF

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

	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. Salma LIEMLAHI

Spécialiste des maladies Nouveau Né,
Nourissons et Enfants.



الدكتورة سلمى اليملاحي

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

Asthme – Allergologie

- Diplômée de l'Université de grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

الربو – الحساسية

- خريجة جامعة غرناطة - اسبانيا
- ملحققة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - اسبانيا
- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني بالدار البيضاء

Casablanca, le : 20 DEC. 2022 : الدار البيضاء، في :

Docetaxel 100mg
66, 10 x 2 = 132,20

PER : 07-24
P.P.V : 66DH10

PER : 07-24
P.P.V : 66DH10



1- Docetaxel 100mg
Ou Achar Enfants 17 x 2

30,00 30,00

2- Brouchalline 100mg x 2

94,00

3- Stenon Stop 100mg x 2

256,20

256,20



(Sur rendez-vous)

0522583410 – drliemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3^e étage, N°31
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)

Docteur Salma LIEMLAHI
PEDIATRE
Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3^e étage, N°31 Sidi Maarouf-Casablanca
Tél : 0522583410