

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0008453

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

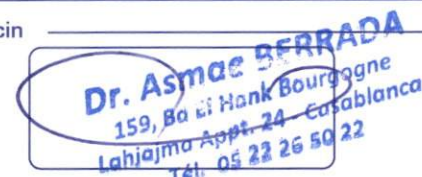
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1982 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZNIBER Mohamed
 Date de naissance : 9-5-50
 Adresse : Bd de la 6e ceinture Des Eimenejeh 3
 Min nish
 Tél : 0661 34 02 18 Total des frais engagés : 911,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023
 Nom et prénom du malade : EL KORTOUBI ep ZNIBER Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint BOUCHRA ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tumeur maligne
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Le : 9/2/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
06/02/2023		5	200 DM	Dr. Asmae BERRADA 159, Bd El Mont Bourgoigne Lahajma Appt. 24 - Casablanca Tél. 05 22 26 50 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ONYX Dr. Lahlou Nora Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salaj Lot. 9 Villa 75 Casablanca Tél: 05 22 79 81 37	06/02/23	711,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

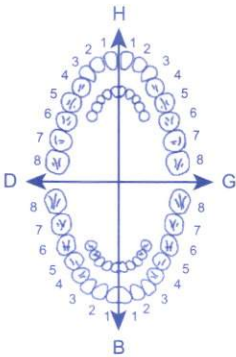
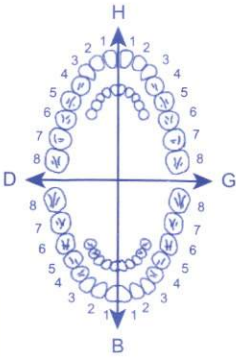
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fertilité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء بريدة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

06/02/2023

Casablanca, Le : : الدار البيضاء في :

Mme El Kortoubi Ep Zniber Bouchra

45,50
CATAFLAM 50

1 comprimé, 3 fois par jour, au milieu des repas, pendant 4 jours

59,80
145,50
ENROUEX

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour, avant le repas, pendant 4 jours

TAVANIC 500

1 comprimé, , après les repas,

297,50
2482,12
XYZALL 5MG

1 comprimé, soir

SYMBICORT 200

1 bouffe soir, pendant 1 moi

INEXIUM 20

1 comprimé le matin, avant les repas, pendant 1 mois

LOT: M21147
EXP: OCT 2024
PPV: 45,50 DH

LOT 106261/FC38
PER 08/2025
PPC 59.50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH

6 118001 080670

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al auam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200µg Pdre p/inh
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21NRQ P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020706

PHARMACIE ONYX
Dr. Lahou Nora
Bd Sidi Abdouman Lot Salaj
Lot 19/11/15 - Casablanca
Tel: 05 22 19 81 37

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al auam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V : 92,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al auam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V : 92,10 DH
6 118001 020591

Dr. Asmae BERRADA
159, Ba El Hank Bourgogne
Lahajma App. 24 - Casablanca
Tél. 05 22 26 50 21

Residence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca

Rendez-vous: 05 22 26 50 21 Urgence: 06 23 73 02 08 berrada.asmae65@gmail.com