

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 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

- 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'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° W21-688080

154656

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 597

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

veuve Moutamad

Nom & Prénom : YALLOU Aicha

Date de naissance :

Adresse : Bd Meheri Zoubake N°33 Benguer

Tél. : 0661450263

Total des frais engagés : 60 DH, 880,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/23

Nom et prénom du malade : YALLOU Aicha

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète de 2ème type

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 : 15/03/2023

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
14/03/23	C	1	C.H.R. M. Boussel	Ministère de la Santé INP : Case: 2
15/03/23	C	1	Délégation Médicale - Casa - Anfa	952075 Délégation Médicale - Casa - Anfa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DES ENFANTS DR. BOUMIA NADIA 34, Rue Ibnou Jahn Tel.: 0522 20 90 44 - Casablanca</p>	14/03/23	880,40

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

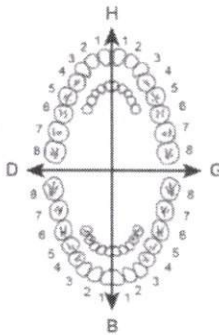
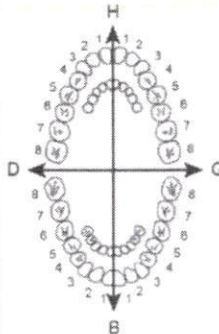
[illegible]

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 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 <div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <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> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION REGIONALE CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA

CENTRE HOSPITALIER GERONAL

MOULAY YOUSSEF



وزارة الصحة

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

دائرة الجهوية الدار البيضاء - سطات

تدويبة الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

ORDONNANCE 14/3/23

Yalou Archo

13,20 x 2

41 Aigix cp

LOT 224742
EXP: 12/25
PPV: 13DH20

149,50 x 2/2 - 2 x 2

21 Curarti forte

LOT 224742
EXP: 12/25
PPV: 13DH20

1 - 0 - 1 x 075

0 - 1 - 0 x 3 cur

188,00 x 2

31 Prascladine 300 up

1 - 0 - 0

89,50

41 Arnet Roll-on

1 appl x 2/3 x 075

curarti forte

325086
06/2025

curarti forte

325086
06/2025

PPC: 149,50 DH

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPC: 149,50 DH

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPU 188.00 DH

PPU 188.00 DH

051128 636727



Lot : 22411
A consommer de
préférence avant le : 12/2025
P.P.C: 89,50 DH

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 D

11
025

51 D3 No2m gff

89,50

30 gff a bne 1x/semaine
x06 uss

880,40

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUC ^{Nadia}
34, Rue Ibnou Jahir Bourgogne
Tel: 0522 20 90 44 - Casablanca.

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologie
Hôpital Moulay Youssef - Casa

X

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUC ^{Nadia}
34, Rue Ibnou Jahir Bourgogne
Tel: 0522 20 90 44 - Casablanca.

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M. Y. HLOU Quittance

La somme de 5022

N° 005207 5/R

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Total		60

Cachet du
Service

Le 15/3 20 23

Signature du
Régisseur