

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

- 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'Horizon
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° W21-726705

156110

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11233 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NORCHID ELIDRISSI SAMIR

Date de naissance : 14.02.68

Adresse :

Tél. : 0661855352 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ELKHADRAJ Widad
Médecine Générale
El Wilak 3 Rue 65 N° 59 El Oulfa
Casablanca Tel 0522 89 19 27

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : NORCHID ELIDRISSI SAMIR Age :

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

Nature de la maladie : Maladie

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 : 21/03/2023 Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/2020	6701.60

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

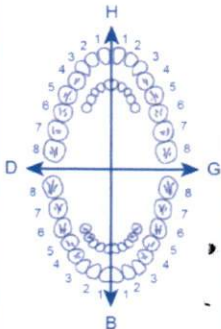
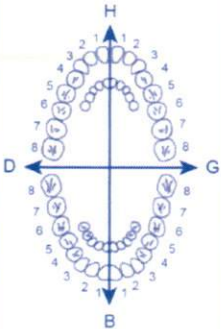
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PARA NABIL S.A.R.L N°16, Rue 08 Cité l'Union Hassani - CASABLANCA Tél.: 05 22 93 16 52						2000

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur widad El Khadraj
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
ECG
Surveillance de Grossesse
Nutrition



الدكتورة ویداد الخضرج
الط العام
الفحص بالصدى
خطیط القلب
مراقبة الحمل
الحمية الطبية و تخفيف الوزن

Casablanca, le : 24/03/2023 في الدار البيضاء

MR NORCHID EL IDRESSI DANIR

90,00 on call plus

120,00 **PARANABIL S.A.R.L**
 N°16, Rue 08 Cité l'Union
 Hay Hassani - CASABLANCA
 Tél.: 05 22 93 16 62

Appareil
 Bon Soir

210,00

DOCTEUR WIDAD EL KHADRAJ
 Médecine Générale
 Hay Wifak 3 Rue 65 N° 59 El Oulfa
 Casablanca - Tél: 05 22 89 19 27

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 65 (قرب صيدلية الوفاق)
 Hay wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al wifak)
 Tél.: 05 22 891 927

Docteur widad El Khadraj

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse

Nutrition



الدكتورة ویداد الخضراء

الط العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية و تخفيف الوزن

PHARMACIE MAY EL WIFAK
Lot 778 El Wifak 3 Rue 65
El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 90 05 56

Casablanca, le : 26/03/2023 في الدار البيضاء

DR MORCHAD I Drissi

437,00

fenemel 105

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRD.

P.P.V: 437,00 DH.

maphar ☐

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL* 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



maphar ☐

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL* 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



1/2 g x 2 phosy

1/2 g x 2

116,80 x 2

21 - lipenthyl 160

116,80 x 2

670,60

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al wifak)

Tél.: 05 22 891 927