

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0005889

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R. A. M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 157349
Nom & Prénom : Rouissi Tahna
Date de naissance : 1-1-1951
Adresse : No 4 LEE Dandamede Res du palais ETC
1 APT 3 Tontonville
Tél. : 063722 6793 Total des frais engagés : 2803,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023
Nom et prénom du malade : Rouissi Tahna Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs osseuses - ostéoporose
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 : Casablanca

Le : 24/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'acte en dent |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21.03.23 | 25 | | 309,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Cachet et signature du Médecin attestant l'acte en dent

24/3/23 2503,50

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

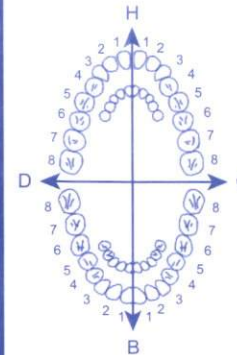
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

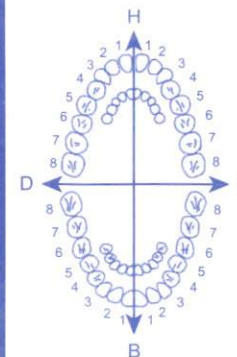
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

الدكتور لطيف الإدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

Diplômé de l'École de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumatologique

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

الله

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

ROUSSI TAHA

السيد (ة) :

9-2503,50

GAPROX 25 mg

109,20

1/1 6x 601

35,10

x3

Recidange

1/1 2 1 2 30

inflex

2289

100

75, Bd Massira Al Khadra - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

ROUSSI TAHA
MLE 451

GAPREX® 25 mg

60 Gélules



6 118000 072157

LOT 224359

EXP 06/25

PPV 109DH20

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 12/2025

LOT 20007 1

BECIDOUZE®

20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 12/2025

LOT 20007 1

BECIDOUZE®

20 dragées



6 118000 031192

PROLIA 60mg

Solution injectable.

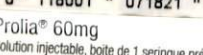
Boîte de 1 seringue pré-remplie

AMM N° 555/17 DMP/21NRQ

PPV : 2289,00DH

Titulaire de l'AMM au Maroc : SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 071821

Prolia® 60mg

Solution injectable, boîte de 1 seringue pré-remplie



6 118001 071821

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 11/2025

LOT 28002 3

BECIDOUZE®

20 dragées



6 118000 031192