

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

- 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
M23-005891

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société : RAM 162484
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : HASNAOUI Fatima
 Date de naissance : 28.08.60
 Adresse : 3, Rue ABEN DHABI Meis-soultan
 14595 Casablanca
 Tél. 0668469996 Total des frais engagés : 2121,00 + 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Date de consultation : 30/05/2023
 Nom et prénom du malade : HASNAOUI Fatima Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Trouble d'anxiété
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-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
30/1/28	C3NP		400	

Neuro-Examen

INP
091097436

<p>PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Said ELBAR Pharmacie 22/22 11 10 - R.C. Casa 149924 N° : 09085312 - Téléphone 71000045 NPE : 092049281</p>			<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p>
<p>Copie du médicament du prescripteur</p>	<p>Date</p>	<p>Montant de la Facture</p>	
	<p>20/03/23</p>	<p>2108,20</p>	

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEHAR
 Pharmacie
 Rond Point des Sabiers 20000 Oujda
 Tél : 06 22/22 11 10 - R.C. Casa 09814
 S.S : 18184 - IF : 8001382 - Patente N° 09814
 ICE N° : 001897771000046
 INPE : 092049261

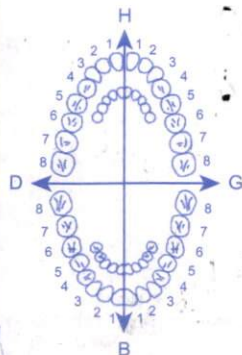
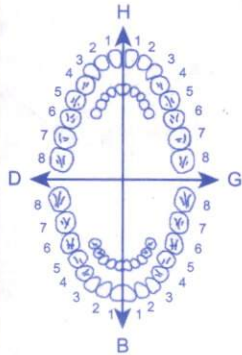
[illegible][illegible]

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															
				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																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFIENT DES TRAVAUX
 H G B	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————+— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION	

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الله مامو Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE

D.U. D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de Paris

Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسية
حائز من جامعة أنجي على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
محلف لدى المحاكم

Casablanca, Le

30 03 23

Fatima HASNA

(193,00 x 2) - S. CITAP 20 : 1 le matin
(98,30 x 2) Dthymil 30 : 1.5 le soir
(35,7 x 2) Alprogot 5 : 2 x 15 j
(134,30 x 2) Esperid 2 : 1 le soir
(56,60 x 2) Zopris 10 : 1 le soir
283,10

Durée de Traitement

3 mois

R.D.V. le

22/06/2023

à 10h30m

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 230100 1
EXP 12 2025
PPV 35.70

LOT 230100 1
EXP 12 2025
PPV 35.70
35,20

LOT 230100 1
EXP 12 2025
PPV 35.70
35,20

LOT 230100 1
EXP 12 2025
PPV 35.70

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT : 22E005
PER: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT : 22E004
PER: 05 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT : 22E004
PER: 05 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT: KE10148
PER: NOV 2023
PPV: 193 DH 00

LOT: KE10148
PER: NOV 2023
PPV: 193 DH 00

LOT : 221811
EXP : 12/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 221811
EXP : 12/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 230601
EXP : 03/2025
PPV : 134,30DH

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30