

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

- 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'II
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
M23-010704

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456 Société : RAM 165707
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAAMANE ABDELHAK
 Date de naissance : 20/06/1956 = CAS
 Adresse : 7, rue 67 Hay My ABDELHAK
 Tél. : 0698953570 Total des frais engagés : 751,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 31/05/2023
 Nom et prénom du malade : NAAMANE ABDELHAK Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : Mohamadia Le : 31/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
31/05/23	6.500		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR D. OUBRA MOHAMED Bd Taza Hay My Abdellah - Casa Tél : 05 22 21 59 00	31/05/23	451,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

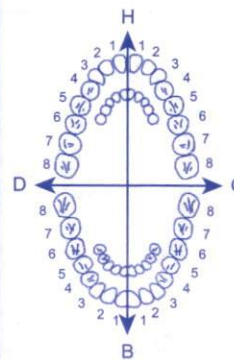
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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"/>

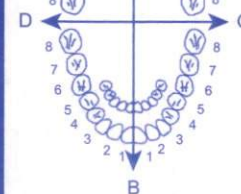
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين
Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 27.5.22

Mr. Mohamed

20 feuil
75.30 x 6
451.80
PHARMACIE AL AZHAR
DIOUHRI MOHAMED
133, Bd Taza Hammam Abdellah - Casa
05 22 39 09 09
06 61 27 12 90
05 22 44 75 81
Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari - Bd Ghandi

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca
الدار البيضاء - شارع غاندي - الطابق الرابع

الهاتف : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

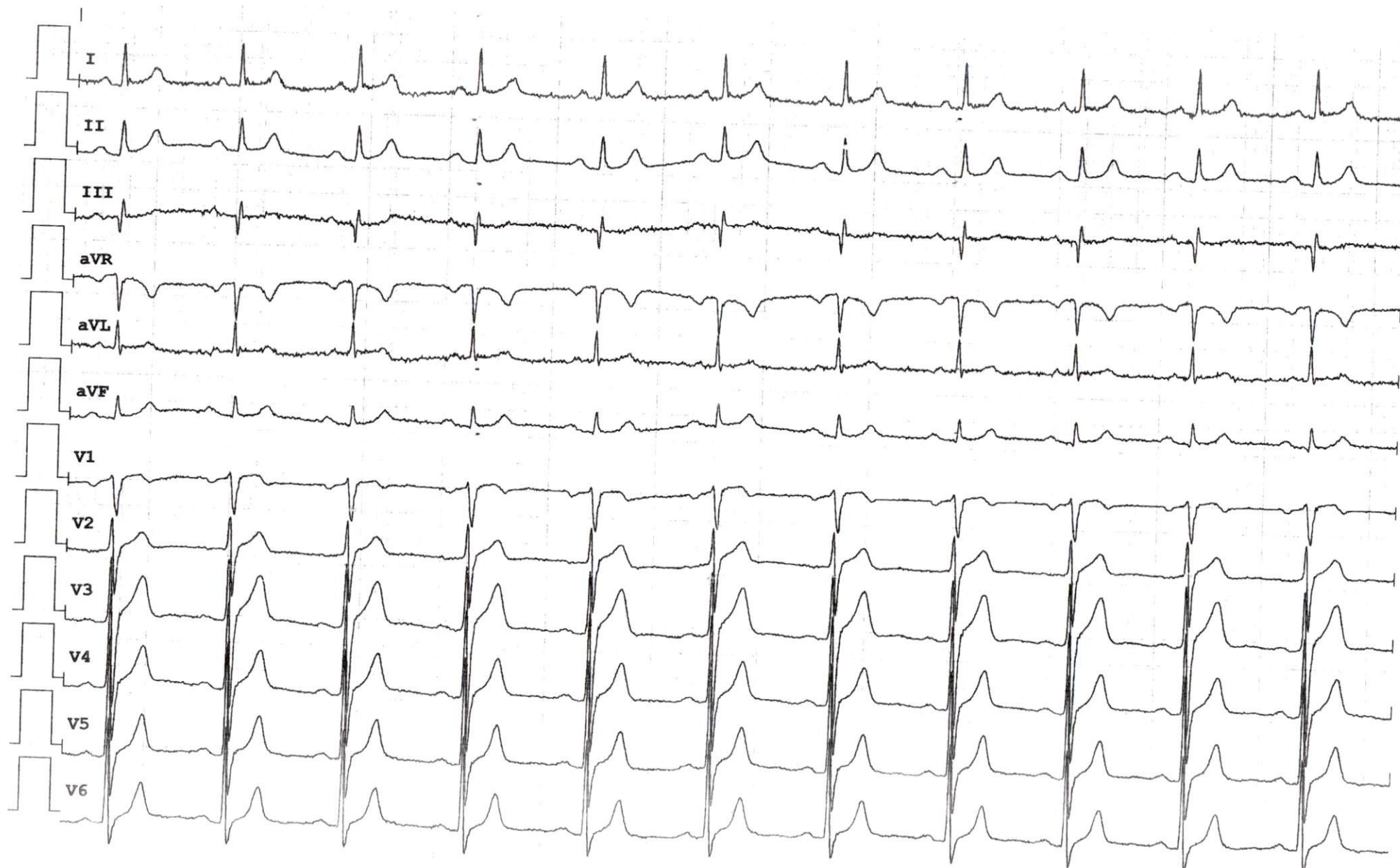
Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

31/05/2023 13:26:45

ID :

Nom : NAAMANE ABDELHAK

FC : 66 BPM Né le :
PR/RR : 0,191/0,899 s Âge :
QRS : 0,098 s Sexe :
QT\QTc : 0,344/0,362 s Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD

***VIGNETTE**

ZOFENIL 30 mg

28 comprimés pelliculés sécables

PPV 75,30 MAD