

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0026668

1687924

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1033

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH LAKBIRA veuve Moustari ALI

Date de naissance : 02.02.1953

Adresse : AB Mly Boudrak Rue 8 n°16 C. 1

CASA

Tél : 0666 874074 Total des frais engagés : 1032,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAMIR Abdelmoumene
Médecine générale
Diplômé en échographie
122, Bd. Dakhla, Jamila 3, Sbata
Casablanca - Tél: 0522 37 59 00

Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : NAZIH LAKBIRA Age: 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique et durable

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 : 19/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
19/05/2023	G	gratuit		
29/05/2023	G	200 dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/23	300,40
	29/05/23	572,30

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 :

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																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

ORDONNANCE

Cachet du médecin

Dr. SAMIR Abdelmoumene
Médecine générale
Diplômé en échographie
122, Bd. Dakhla, Jamila S. Sbata
Casablanca - Tél.: 0522 37 59 00

Dr. SAMIR Abdelmoumene
Médecine générale
Diplômé en échographie
122, Bd. Dakhla, Jamila S. Sbata
Casablanca - Tél.: 0522 37 59 00
2023

PHARMACIE BENTALEB
Dob El Koudia N°10 Rue 22 Casablanca
Tél: 05 22 37 59 00

NAZIH Lekhiz

LOT: 410
PER: OCT 2024
PPV: 201 DH 00

LOT: 3196
PER: 09-27
P.P.V: 46 DH 60

PPV: 52DH80
PER: 06/25
LOT: M218-2

- No dep (MT 60)

3x2 46.60

- Brazol 1814

1 pl Katin 52.80

- Trimedat 1814

1 pl x 3 ata 300.40

Dr. SAMIR Abdelmoumene
Médecine générale
Diplômé en échographie
122, Bd. Dakhla, Jamila S. Sbata
Casablanca - Tél.: 0522 37 59 00

Dr.SAMIR Abdelmoumen

الدكتور سمير عبد المومن

Médecine Générale

Expert assermenté près les tribunaux
Diplômé en Echographie

Lot.: 21004B
Du.: 02.2022
02.2025

*VIGNETTE

SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
PPV 40,80 DH

الطب العام
خبير محلف لدى المحاكم
دبلوم الفحص بالصدى

122, شارع الداخلة جميلة 5

LOT: 063
PER: JUN 2025
PPV: 113 DH 50

blanca
008

36,30

Casablanca, le

29 MAY 2023
29 MAY 2023

NAZIH Lekbiza

36,30

113

pst 1 sem = 1p in four Am 2

Apr: 1p chaque soir (1p)

24,50

- Dompelium Air

1scup x 3 (15m ant
repas)

- Zane Kal 6m (26)

1cp matin = 4jrs

Après: 1p mat + 1p 144
= 270j

- i posee (30j)

1gel 2m = 1 sem

1gel mat = 4 sem

- spasmomen (26)

1p x 3 at 1p

LOT 220010
EXP 05/24
PPV 59DH00

LOT: 5237
PER: 12 - 24
P.P.V: 24 DH 50

Dr. SAMIR Abdelmoumen
Médecin Généraliste
Diplômé en Echographie
122, Bd. Dakki, Jandia 5, Sbata
Casablanca - Tél: 0522 37 52 00