

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'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

M22- 0051811

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI
 Date de naissance : 01.01.1954
 Adresse : 67 YABROUKA 99 BOULE A JAFI
 Tél : 0661149294 Total des frais engagés : 373,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELHADI Age : 69
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : 07/07/2023
 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
			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/2023	300,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

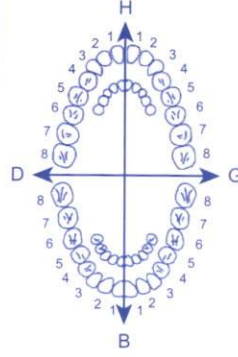
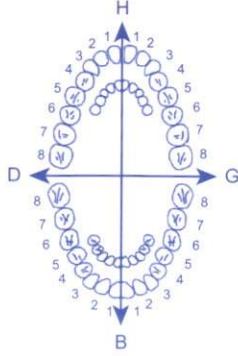
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI

Médecine Générale

الدكتور محسن لحلو ميمي

الطب العام

- * Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
- * Médecin Expert auprès des Tribunaux
- * Diplôme Universitaire en Diabétologie (France)
- * Docteur en Médecine de la Faculté de Médecine de Rabat
- * Diplôme des Etudes supérieures en Maladies Sexuellement Transmissibles
- * Diplôme Universitaire en Echographie Générale
- * Suivie de Grossesse - ECG - Alhijama
- * Examen Médical du Permis de conduire

- * طبيب عسكري سابق بالمستشفيات العسكرية
- * خبير محلف لدى المحاكم
- * طبيب مجاز في تخصص داء السكري بفرنسا
- * خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- * دبلوم الدراسات العليا في تخصص الأمراض المتقلة جنسيا
- * دبلوم جامعي في الفحص بالصوي الصوتي
- * تتبع النساء الحوامل - تخطيط القلب - الحجامه
- * الفحص الطبي لرخصة السياقة

INP: 07 11 84 550

Marrakech, le :

مراكش في :

Prénom :

Handwritten notes and stamps:

- 07 JUL 2023
- Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI
- Expert Assermenté
- Omnipraticien
- Diplômé en Diabétologie
- 16, Imm. 37 App. N° 3 ABK - M'Hamid 9
- Tel: 05 24 01 00 46 / 06 61 71 27 79
- INP: 07 11 84 550
- Pharmacie Diamant Vert
- Dr. Samira Mestari
- Tel: 05 23 34 84 76 - GSM: 06 68 13 02 34
- 30200
- 7630
- 73
- 80 x 2
- 1 cp - 2
- 2 gel
- S.V.
- S.V.

بلوك 16، عمارة 37، شقة 3، أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE Bank)

Bloc 16, Imm 37, App N° 3 Abraj El Koutoubia - M'hamid 9 - Marrakech (En face BMCE Bank)

Tél : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79

هيپانات

40 قرص

A consommer de
préférence avant fin :
Lot n°

73,80 DH

03/2026
2087F

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl

Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY es. it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

Benjelloun - Maarif extension - Casablanca
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY es. it

Produit Fabriqué par ESI srl
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

73,80 DH

شتبات

A consommer de
préférence avant fin :

03/2026
2024M

Lot n°



VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

PHARMACIE DIAMANT VERT

07/07/2023

DR SAMIRA MESTARI

COMPLEXE TOURISTIQUE DIAMANT VERT N 3

SIDI BOUZID

Patente : 42161609

NR C : 22222

ID Fiscal : 64124879

ICE : 002313225000061

Fixe : 0523348476

FACTURE N 13652

FERIATI ABDELHADI

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	MONTANT
2	VOLTARENE 75 MG	76.20	152.40
2	HEPANAT	73.80	147.00
			300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams.

 **Pharmacie Diamant Vert**
Dr. Samira Mestari
Diamant Vert N° 3
Sidi Bouzid - 74 000 000
Tél: 05 23 34 84 76 - Gsm: 06 68 13 02 34