

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

N° W21-798171

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NADKOUR ZAKARIA
 Date de naissance :
 Adresse : Villa 286, L'Essentiel Florida CASABLANCA
 Tél. : 05 22 78 66 85 Total des frais engagés : 200 + 244,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
Tél. : 05 22 91 37 25

Date de consultation : 06/09/2023

Nom et prénom du malade : HAMMOUCHANE ASMAA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : hypertension

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 : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : Nadia

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
06/09/23	C1		200,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/23	244,80
	11.9.23	245,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																					
				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>H</td> <td></td> <td></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			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

Docteur EL JABIRI MINA

Médecine Générale

**CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GENERALE**

Examen échographique
Cosmétologie
Diplôme en nutrition clinique
Diplôme en diabétologie
Suivi de grossesse
Ventouses médicales

بري مينة

نام

سوتية

صدي

ني

لاجية

ي

ل

ية

إكزوميدين
محلول
14100

PPV 79DH70
PER 05/26

H009'28 : Add
9202/50 : dxp
230886 : LOT

Casablanca, le 11/09/23 في الدار البيضاء،

ORDONNANCE

Dr HAMOUCHE ASMAA

69,00

1- Docivon 100s x 25

29,70

2- AZIT 500 mg 1cpt

14,00

3- Kromedine 1cpt x 25

82,60

4- Allez 1cpt

245,30

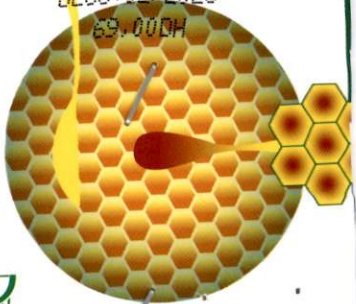
Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
19 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

تجزئة الإدارة رقم 119، سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف - 0522 97 37 25 - المسمون : 0670 80 39 37
N°119, Lot. Al Adarissa Sidi Maârouf - Tél. : 0522 97 37 25 - GSM: 0670 80 39 37 - Casablanca

LOT: 230175
DLUD: 02/2026
29.00DM

200 ml

Deva



Docteur EL JABIRI MINA

Médecine Générale

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GENERALE

Examen échographique
Cosmétologie
Diplôme en nutrition clinique
Diplôme en diabétologie
Suivi de grossesse
Ventouses médicales

PPC: 94.00DH
LOT: CB04291
EXP: 03/2026

LOT: 230283
PER: 03/2026
PPC: 79.50DH

Dynatens
comprimé

الحجامة الطبية

Casablanca, le 06/09/23 في الدار البيضاء،

ORDONNANCE

HAMMOUCHANE ASMAA

79.50

1 -

Dynatens cp

1cp x 3/j

1 sem

94.00

2 -

Supredyne boost

1cp/j

élémentaire

71.30

3 -

Tanakan cp

1cp x 2/j

244.80

PHARMACIE FLORIDE
Dr. ZIAD MOUNIA
Lotissement Florida - Lot 238
Sidi Maârouf - Casa
Tél-Fax : 0522 32 32 39

Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maârouf - Casa
Tél-Fax : 0522 97 37 25

0670 80 39 37 : المحمول - 0522 97 37 25 : الهاتف
تجزة الأدارسة رقم 119، سيدي ماعروفي، الدار البيضاء

N°119, Lot. Al Adarissa Sidi Maârouf - Tél.: 0522 97 37 25 - GSM: 0670 80 39 37 - Casablanca