

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'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- 0048222

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM 175663
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENKADIR MOSTAPHA
Date de naissance : 03-06-1954
Adresse : 19, RUE BARLABAK ETG 2 N° 6
BENJIDIA - CASA 20120
Tél. : 06 33 30 33 63 Total des frais engagés : 200 + 1904,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 02/09/2023 Nestpho 69
Nom et prénom du malade : Ben Radmir Age: 69
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite - Anxiété - Dépression - 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 : CASA Le : 02/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : M. Ben Radmir

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
02/09/23		1	20900	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-09-23	1904,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

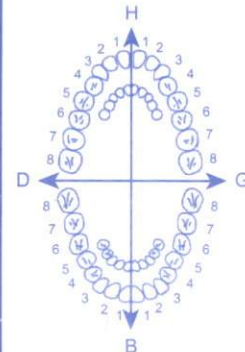
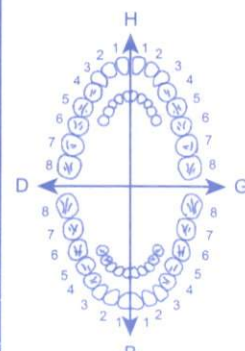
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السباحة

192,20 x 2 02/09/2023 M. Ben Kadmir
Casablanca, le

Zechar 500 (028) Nostrophe

40,00 18 x 21 x 10
Cotipred 20 mg

32,00 38 fff 1 x 5
Nuxol 10 x 21

36,70 x 8
13/09/23
284807
Anxiol (Zepam)

983,0 x 5 1 x 03 (triv)
Athymit

56,60 x 5 1 cp soir
stelnox 18 soir

14,30 x 3 TRE-ZEN 20 mg
Diprez

T=3904,7
GSM: 06 61 15 92 73 - Tél: 05 22 93 22 13 - E-mail: ikaitouni@hotmail.com
Dr. Abdelfettah IDRISSE KAITOUNI
Expert Assermenté près les Tribunaux
3, Imp. PO: 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 22 13

MUXOL 
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml

6 118000 080572

Athymil® 30 mg 
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 080763

CP PELL B14


6 118000 011842

192.20

ZECLAR 500MG
CP PELL B14 

6 118000 011842

192.20

ANXIOL® 6 mg 
30 comprimés quadrisécables

6 118000 051111

LOT 230846
EXP 05/2025
PPV 36.70DH

Cotipred® 20 mg 
prednisolone
20 comprimés effervescentes sécables

6 118000 041016

Athymil® 30 mg 
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 080763

98.30

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH00

6 118000 061465

LOT : 23E002
PER : 04/2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

LOT : 23E002
PER : 04/2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

LOT : 23E002
PER : 04/2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

PPV : 40DH00
PER : 04/26
LOT : M1331

ANXIOL® 6 mg 
30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111

36.70

ANXIOL® 6 mg 
30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111

36.70

36.70

Athymil® 30 mg 
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 080763

Athymil® 30 mg 
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 080763

98.30

DIPREZAR® 
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

PPV 114DH30
PER 03/26
LOT M761

لو

DIPREZAR® 
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

PPV : 114DH30
PER : 05/26
LOT : M1601

لو

DIPREZAR® 
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12.5 mg
30 comprimés pelliculés

6 118 000 04 1658

PPV 114DH30
PER 03/26
LOT M761

98.30

Athymil® 30 mg 
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 080763

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

36,70

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

36,70

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

36,70

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

36,70

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111