

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 d'El Hachem - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0013335

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9033 Société : R. A. M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAHLI Mouhssine 17689
 Date de naissance : 03/03/72
 Adresse : moulh@royalairmaroc.ma
 Tél. : 0661153286 Total des frais engagés : 889,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 09 / 23
 Nom et prénom du malade : RAHLI Abderrahmane Age : 51 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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 25 SEP 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 Règlement des Actes
23/09/23		3	3000	Pr. H. CHIBALLI O.D.F. Centre O.D.F. de Massalia et Implantations C.O.D.F. AL FAKHRI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roumani Cas Tél : 05 22 47 20 28 - Fax : 05 22 20 18 85 INPE : 09104094

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/23	655,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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 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

Otrivine 1%
Solution 10 ml
6 118000 220138

LOT: M0794
EXP: SEP 2025
PPV: 19,30 DH

NEOPRED[®]
Prednisolone 20mg

NEOPRED[®]
20mg
20 comprimés effervescent séables
PPV: 37,40 DH
6 118000 191919

PPV: 222,00 DH
LOT: 651876
PER: 04/25

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets
6 118000 161042

HUMER

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humer Hyg. No. Adult F150
PPC 102,00 DH

NEZ
NE

Monsieur ABDERRAHM RAHLI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

AUGMENTIN 1 g

1 sachet matin et soir pendant 10 jours

NEOPRED 20 mg

3 cp le matin au petit déjeuner pendant 6 jours

CARBOXANE FLORA

1 gél. matin et soir pendant 8 jours

ZOLUS 20 mg

1 cp le matin pendant 10 j

EXOMUC Sachets

1 sachet matin midi et soir pendant 8

OTRIVINE 1%

2 gouttes matin et soir pendant 6 jour

HUMER Douches nasales

1 lavage deux fois par jour pendant 1

PPC: 139.500DH

Carboxane[®]
Gélules Flora

Lot: 02897
A consommer de
préférence avant le: 10/2025

ZOLUS
Oméprazole

ZOLUS 20 mg
Boîte de 28 gélules

28 Gélules • Voie o

6 118000 311287

LOT: 3728
PER: 04/26
PPV: 95DH40

Professeur H. CHELLY

Dr. H. CHELLY

Centre O.M. de Diagnostic et Explorations
C.G. DE AL FARAM Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Hakim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
05 22 47 20 20

LOT 23007
PER AVR 25
PPV 39DH90
39,90

Exomuc[®]
acétylcystéine 200 mg
30 sachets
PROMOPHARM s.a.

6 118000 240341

ORL

Diagnostic & Explorations

والحنجرة

الفحص والتشخيص

Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialisee@forabi@gmail.com

IF: 14478582
ICE: 001837199000069