

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- 0010331

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1975

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

AFKIR Laleen

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse :

Sid. OTHMAN B 26 N° 61

Tél. :

0666388028

Total des frais engagés :

300 + 37000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/5/2023

Nom et prénom du malade :

MARZOUQ Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Digestive

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

27 SEP 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
25.09.2023		1	300.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENNOUR SARL 07 25 17 51 Othmane Case 1, Tel.: 05 22 55 33 16	25.09.2023	370.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

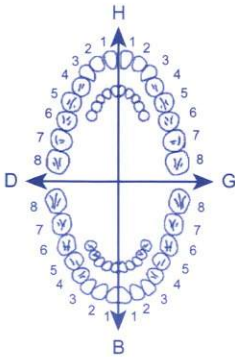
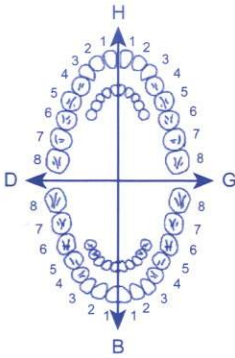
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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>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 <input type="text"/>
	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 <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 Naïma JEBRANE BOUANANI EL IDRISSI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie, estomac, intestins)
Proctologie Médico-Chirurgicale (Hémorroïdes)
Echographie - Endoscopie digestive
Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
et l'Hôpital Moulay Youssef Casablanca
Membre de la Société Nationale Française
Gastroentérologie



الدكتورة نعيمة جبران البوعناني الإدريسي

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد، المعدة، الأمعاء)
علاج وجراحة امراض المخرج والبواسير
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء
عضوة في الجمعية الفرنسية لأمراض
الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 25.9.2023

56,60

Silix

(S.V)

PARZOU

Falim

79,90 / 2 cpr

Halim

(S.V)

1 gel x 3

50,40

Musfor

(S.V)

1 cpr x 3

370,30

87,40

ALoxia 25 mg

(S.V)

1 cpr le soir

96,00

Diazol 20 mg

(S.V)

1 gel le matin

عمارة 191، الطابق 2، رقم 3، حي عادل، شارع الفوارات، الحي المحمدي، الدار البيضاء

Imm 191, étage 2ème, N°3, Hay Adil, Bd Fouarat, Hay Mohammadi - Casablanca

الهاتف : 05 22 60 08 58

PHARMACIE BENMOUR
SARL
Bloc 25 N°3 Sidi Othmane
Casablanca - Tél : 05 22 55 33 16

Docteur Naïma JEBRANE
BOUANANI EL IDRISSI
Proctologie
Hay Adil, Hay Mohammadi
Casablanca - Tél : 05 22 60 08 58

LOT: M1088
PER: 07/2026
PPV: 50, 40DH

STILNOX 10MG
CP PEI SEC 020
P.P.V.: 56DH60
LOT: 23E001
PER: 04/2027



LOT: 230540
PER: 06/2028
PPV: 79, 90DH

87,40

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3