

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'Hi-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

M23-008746

181042

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3143 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AMRANI JOUTEY Abdelilah
 Date de naissance : 11/12/1953
 Adresse : VILLA 7 Lotissement TOURIA Bouskoura
 CENTRE CASABLANCA
 Tél. : 0661525001 Total des frais engagés : 301,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALMI Safaa
Médecin Généraliste
rés. Rachidi : Appt 12, 2ème
étage - Centre Bouskoura
Tél : 05 22 78 11 59


Date de consultation : 26/10/2023
 Nom et prénom du malade : AMRANI AMINA Age :
 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 : Casablanca 30/10/2023 Le :
 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
28/10/23	C.S.	01	158	 DR. SALMI SARAA Médecin Généraliste Rés. Rachidi : Appt 12, 2ème étage - Centre Bouskoura Tél : 05 22 78 11 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL AKKARI Loubna EL AKKARI Docteur en Pharmacie Bouskoura Centre Km 13,5-Casablanca Tél : 05 22 78 11 59 INPE 092041433	26/10/23	214,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

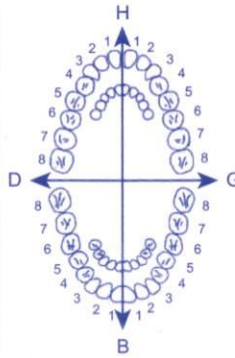
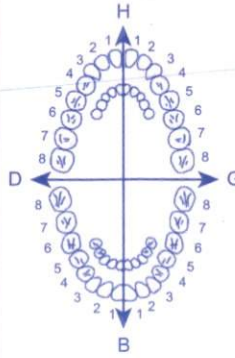
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT 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 SAFAA SALMI

Omnipraticienne
Médecin Esthétique

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex Médecin Interne à l'hôpital
Moulay Youssef et Sidi Othmane
Agrée par le Ministère de Santé
pour le Certificat du permis de Conduire



الدركتورة صفاء سالمي

طبيبة عامة
طبيبة تجميل

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى
مولاي يوسف و سیدی عثمان
حجة

Bouskoura le : 26/01/23



Ume Amina Amrani

Pharmacie MARIA SARI
Loubna EL AKKARI
Docteur en Pharmacie
Bouskoura Centre Am 13,5-Casablanca

LOT : 4433
PER : 05 - 26
P.P.V : 36 DH 40

1) Topexil

69,00 3 - 0 - 0 p 143

2) Naus Mad

0 - 1 - 0 p 143

3) Topexil

99,00 1 - 0 - 0 p 143

4) Prodefen

214,00 p 143

Pharmacie MARIA SARI
Loubna EL AKKARI
Docteur en Pharmacie
Bouskoura Centre Am 13,5-Casablanca
ICEP 0522 78 11 59

LOT : 3494
PER : 03 - 25
P.P.V : 63 DH 00

PRODEFEN
Complément alimentaire
PPC : 99 Dhs

Dr. Safaa Salmi
Médecin Généraliste
Rés. Rachidi Apt. 12-2ème Etage
Bouskoura Centre - Tél. 0522 78 11 59

Rés. Rachidi : Apt 2, 12ème étage - Centre Bouskoura (en face de la poste et la Gendarmerie)

إقامة الرشيدى : رقم 12 الطابق الثاني مركز بوسكورة (أمام البريد و الدرك الملكي)

Tél : 0522 78 11 59 - E-mail : dr.salmisafaa@gmail.com