

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

M22- 0052005

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7887

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraitée

Nom & Prénom :

SABBAGH

TAMOU

Date de naissance :

01.01.1958

Adresse :

Residence EL WIAM

WAFI 04 INM 44

APPILO WULFA CASABLANCA

Tél. :

0675471030

Total des frais engagés :

470,50 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL CHAIBI Nadia
Spécialiste de Médecine Interne
Résidence F... (L. 3H1 B)
Route du C... Casablanca
Tél: 05 22 5... 02 53

Date de consultation :

26/09/23

Nom et prénom du malade :

SABBAGH Tamou

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

Arthrose

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.

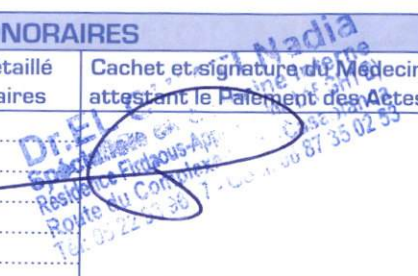
Fait à : CASABLANCA

Le : 04/12/2023

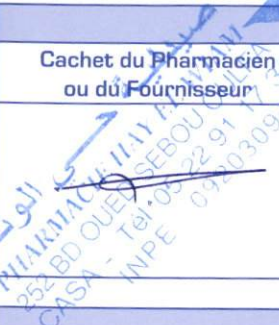
Signature de l'adhérent(e) :

SAB

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
26.09.23.		CG		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2023	470,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

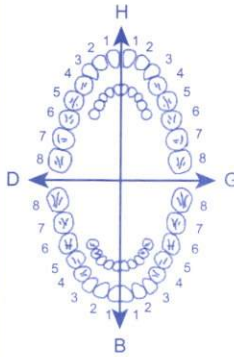
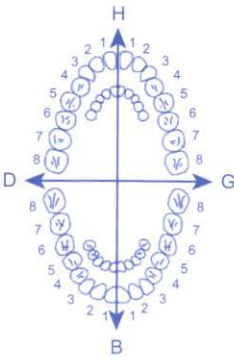
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</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 Nadia El Ghiati

Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd
et Moulay Youssef de Casablanca



الدكتورة نادية الغياتي

إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echoqraphie (Diplômée de Montpellier)

- الأمراض الباطنية أو الجماعية

- أمراض التهابات العظام، المفاصل و الشرايين

- أمراض الروماتيزم

بالموعد

LOT : 23E001
PER: 04 2026
PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30

P.P.V : 51DH10



ous

ca le

28 09-23

TEL GHATI Nadia
Spécialiste en Médecine Interne
Résidence Firdaous (Im: L15 GH1B)
Route du Complexe d'Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 96 67 - GSM: 06 87 35 02 53

LOT : 23E001
PER: 04 2026
PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30

P.P.V : 51DH10



51,10 x 8

168,20

P.P.V : 51DH10



168,20

37,00 x 2

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

37,00

PPV: 168,20 DH
LOT: 651614
PER: 02/25

500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
37,00

500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
37,00

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار أنفا -
apt N° 3 - (Im : L15 GH1B) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face
d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02
T : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53

LOT: M1074
PER: 06/2025
PFU: 75.000H

75,00
wieder 203
183

10.470,50



Dr. EL-GHATI Nadia
Spécialiste en Médecine Interne
Résidence Firdous-Appl N°3-4km. L15 GHI L1
Route du Complexe Oulfa-Casa Blanca
Tél: 05 22 93 96 1 GSM: 06 87 35 02 53

صيدلية
PHARMACIE: 1111 EL IVIZIAN
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 17 31
INPE 092030949