

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- 0027601

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 608 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ait Waleed Rkib

Date de naissance :

Adresse : Hayat 9 rue n°5

Tél. : 0675242003 Total des frais engagés : #2182,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Rés. Safaa IMM. 405 - 3ème Etage
Ed. El Qods Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 66 06
INPE : 091168062

Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : Ait Waleed Rkib Age : 74ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 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 : Casablanca Le : 19/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10/9/23		4	3000R	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. JABRI El Mehdi
 Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme
 Diabétologie et Maladies de l'axe Hypophyse-Adénohypophyse
 Rés. Saldaa Hammam - Casablanca
 Bd. El Ouds Ain Chock - Casablanca
 Tél : 05 22 50 66 05
 INPE : 091166002

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Lella 834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I Casablanca Tel. 05 22 21 09 76	13/9/23	18820

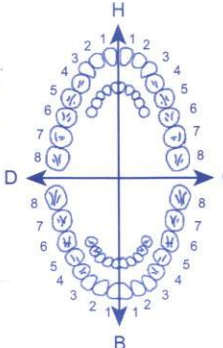
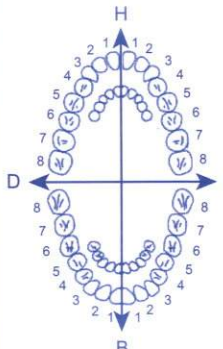
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

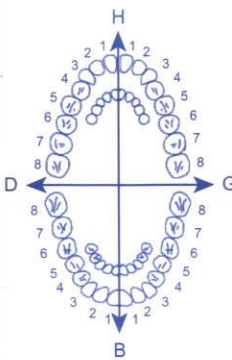
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

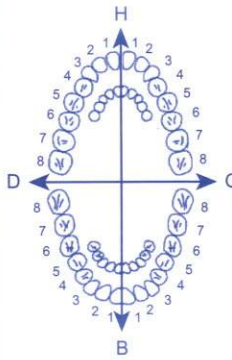
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H				25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
	H																															
	25533412		21433552																													
	00000000		00000000																													
	D		G																													
	00000000		00000000																													
	35533411		11433553																													
	B																															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																											
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D-----G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					
						MONTANTS DES SOINS
						DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

19 Septembre 2023

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغة الدرقية

Casablanca, le 19/09/2023 الدار البيضاء في

Mme AIT TALEB RKIA

51,10 x 3 = 153,30

1/ AMAREL 1 MG 30 CPS

1 co Matin pendant 3 mois avant le repas

374,10 x 3 = 1122,30

2/ Trajenta 5 mg cp

1 Midi pendant 3 mois

23,90 x 3 = 71,70

3/ GLUCOPHAGE 850 MG PM

1 co Soir pendant 3 mois après le repas

421,50 x 3 = 1264,50

4/ Tareg 80 mg cp

1 cp/j pd 3 mois

56,20

5/ D cure 25000 UI

1 amp / mois pd 3 mois (3 ampoules)

85,00

6/ Altamag 1 gel/J pd 1 mois

1882,80

Dr. JABRI Leila
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Rég. Santé Publique Casablanca
Tél : 05 22 50 66 06
Tél : 09 11 06 06 02

PHARMACIE MOUHSSINE

MOUHSSINE Leila

834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I

Casablanca Tel. 05 22 21 09 76

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

23,90

Glucophage® 850 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

23,90

Glucophage® 850 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

Glucophage® 850 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

23,90

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

PPV: 56,30 DH

LOT: 23B01D

EXP: 02/2025

PPC: 85,00DH

Lot: AM02

D.PER: 10/2025

ALTAMAG®
Magnésium Marin - Vitamine B6
300mg



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 374 DH 00

10010704/01

LOT: 22E001
PER: 10 2025

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024

LOT: 22E001
PER: 10 2025

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024

LOT: 22E001
PER: 10 2025

AMAREL 1MG

CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 131.50 DH



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 374 DH 00

10010704/01



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 374 DH 00

10010704/01