

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'H
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
M23-008456

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société : ND 192139

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAUKI KALTOUM

Date de naissance : 29/11/1946

Adresse : App 9, Imm 37, résidence Safaa 6, Hayatda Sale

Tél. : 0620759500 Total des frais engagés : 1.172,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. SAMIR BELLARBI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Rés. Adam 1-37, Av. Med V, App. N°11

Tabriquet - Salé

Tél : +212 537 851 110 - GSM : +212 665 473 110

INPE : 101170760

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : Muchauki KALTOUM Age : 77

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

Nature de la maladie : gynécologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : gynécologique

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 : Salé

Le : 15/01/2024


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
15/11/24	G		309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/24	# 872,00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

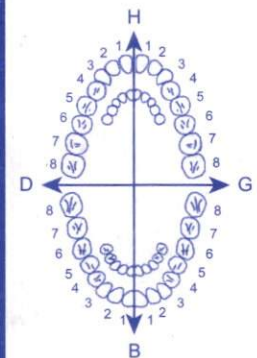
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

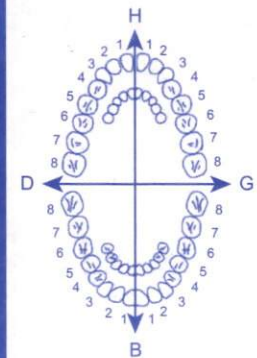
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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

	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div>		
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			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



الدكتور سمير بالعربي
DR. SAMIR BELLARBI

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ET ORTHOPÉDISTE

Salé le: 15/01/2024

MME CHAUKI KALTOUM

49,60 • D cure F
1 ampoule, matin, par mois X 3 mois

198,00 • Nociceptol
1 app, matin, midi, soir

13,20 x 2 • Algik 500 mg / 50 mg
26,40
2 Comprimés, 3 fois par j pendant 10 j

149,50 x 4 • Curarti forte
1 cp 2 fois par j pendant 1 mois puis 1 cp par
mois .

598,00

87200
PHARMACIE BAB ARRAYSAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 0537 87 14 84

DR. SAMIR BELLARBI
Chirurgien Orthopédique et Traumatologue
Rés. Adam 1 - 37, Av Mohamed V, App. N° 11, 2ème étage
Tabriquet - Salé
Tél. : +212 537 851 110 - GSM : +212 665 471 111
INPE : 101W0769

لرابط
باريس
م والمفاصل
و بمستشفيات فرنسا
DIPLOMÉ
DIPLOMÉ E
DIPLOMÉ DE L'ECOGRAPHIE
ANCIEN INTERNE DU

LOT

PUC: 198.00 DH



C236
2025-09

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

13,20

(خط 1) الثاني - تابريكت - سلا, أمام محطة - البريد - للطرام (خط 1)
Résidence Adam 1 - 37, Av Mohamed V, App. N° 11, 2ème
tramway - la poste (ligne 1) - Tél. : +212 537 851 110

PPC: 149,50 DH

curarti[®] forte

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

x4 Ged

REV: 2021/11/10