

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, parodontologie 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- 0051022

196350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11244 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUSSAID ABDELKARIM
 Date de naissance : 17/01/1998
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 150,594,60 Dhs
 744,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/08/2019
 Nom et prénom du malade : MOUSSAID ABDELKARIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Vertige
 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.

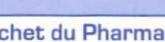
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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 la validité des Actes	
19-2-24		Cs	150 dh		

Cachet et signature du Médecin
attestant le paiement des Actes

Dr. LABIBE LATIFA
Médecin Généraliste
218, Avenue Larbi Zéroual
(Sbatla) Etage 1 - Casablanca
Tél: 06 24 86 02 15 / 06 22 56 22 56

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/2024	594,60

19/02/2024

594,60

PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr IDRISSE Zineb
161 Ain Choc.
Al Ou raï M
Tél 05 74 50 32 33

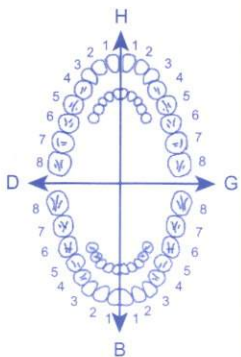
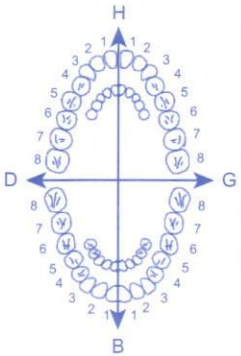
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
	O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

A diagram of a tooth arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline. The diagram includes dental notation: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'H' on the right. The teeth are represented by circles with internal details, and the arch is outlined with a dashed line.

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital
Mohamed BOUAFI



الدكتورة لطيفة اللبيب

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى

محمد بوافي

ORDONNANCE

Casablanca, le: 19/09/2014: الدار البيضاء في:

Mlle Bassma

Moussand

216,00

1) la roche posay Gel Nettoyant

42,00

2) Ictalgine 100

241

76,00

3) well

52,80

4) Prazol

33,90

5) profen

صيدلية دار الراحة
PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr. IDRISSI Zineb
333 Al Ou ra li N° 161 Ain Choc
Tél 05 1-40 32 33

DR. LABIBE Latifa
Médecin générale
219 Avenue Lahraouine
(Sbata) 1er Etage
Casablanca

6) 25,10
Fumafes

7) 49,60 ppto 3 mois
Dane fti 10000

2 amp 5 vs pto
ormois pto 2 mois
puis 1 amp 1 mois
ppto 4 mois

594,60

صيدية دار الاداء
PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr IDRISSE Zineb
Aly Al Ou ra II N° 161 Ain Choc,
TM 05 77 50 32 33

XYMYCINE® 100 mg 10 comp dispe
PPU 42DH00
EXP 10/2024
LOT 280101

Lot / Batch n°:
Exp. dte: 76,00
PPC (DH):

PPV: 52DH80
PER: 03/26
LOT: M2622-2

33,90

PPV: 25,10
EXP:
Lot N°:

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026
PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026