

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- 0055906

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02630 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HILAL MOHAMMED
Date de naissance : 01 07 58
Adresse : 2 KA OU RA Rue 05 N° 13
Ain Chock Casablanca
Tél. 0637872818 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Agrégé MOUNA ASLY
Médecine Physique

Date de consultation :/...../..... 091186387

Nom et prénom du malade : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

16 AVR. 2024

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
16/01/24	Professeur Agrégé Médecine Physique	5	G	Jackel Université Internationale MOUHA ASLY Professeur Agrégé Médecine Physique 091186387

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

16/01/24 218,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

24/01/24 257,12 227,12

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

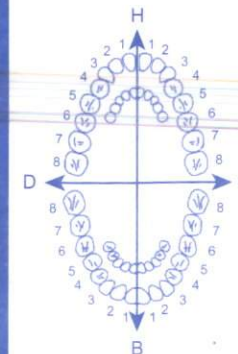
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

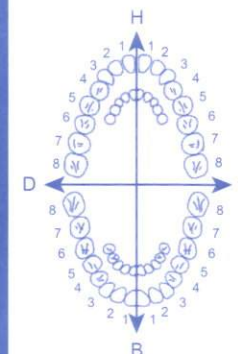
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

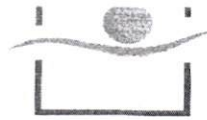
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MED HILAL

24/01/2024

RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE

FACE/PROFIL

Gonarthrose bilatérale débutante

Dr. CUACI Hatija
Rég. 123456
Ain Chock Casablanca



16/11/24

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

M. HALLAL H. C.

152,00

1/ Arixib 90

150 15

52,80

2/ Oede 3

150 15 x 14

14,00

3/ Dolpain 1

150 x 25

218,80

LOT : 231507
EXP : 10/2026
PPV : 152,00DH

LOT 221880
EXP 08/2025
PPV 52.80DH

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3223



16/1/24

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

Dr HILAL Mel

Rx de 2 genres - f
- p
defut

Universitaire International Mohammed VI
Professeur Agrégé MOUHA ASU
Médecine Physique





FACTURE EXAMEN

N° Quittance

Code ANAM : 090005760

N° Compte Courant

Facture Examen Numéro : 2 024 / P / 4 326

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 52 341

N° de Examen : 59 686

Nom et prénom : MOHAMMED HILAL

CIN : W30755

Adresse : AIN CHOK

Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADI

Spécialité : RADIOLOGIE

Débiteur

PAYANT

Date

Date de examen : 24/01/2024 12:25:49

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
RADIOLOGIE STANDARD							
Examen radiologique du genou, inférieur ou égal à deux incidences	T122	Z	15,00	2,00	112,50	112,50	225,00
Montant Total:							225,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT VINGT-CINQ DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 225,00 DHS

24/01/2024 12:27:50

Facture Etablie Par Personnel N° : ZATMER

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف



MOHAMMED

HILAL

Né le

01.01.1958

à SETTAT

المدير العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي



محمد

ملال

مزداد بتاريخ

ب سطات

CAN 875281

N° W30755

رقم

Valable jusqu'au 26.04.2031 صالحة إلى غاية

ROYAUME DU MAROC

Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

CHP AIN CHOOK - Casablanca

N° 00794117/J

Reçu de M. *[Signature]*

La Somme de *[Signature]*

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>[Signature]</i>		
Total		<i>225,</i>

Cachet du
Service

Le *24/07/24*
Signature du
Régisseur



[Handwritten signature and date 24/07/24]