

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

203838

Déclaration de Maladie

M24-0011534

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Imane Hamid

Date de naissance :

Adresse : Hay Moulay Rachid Groupe 6 Rue 10 N°36

Tél. : 06 6036 1142 Total des frais engagés : 1221,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOKRI Mohamed
NEURO CHIRURGIEN
Id. Mohamed Bouzian Rés. Farhatine
Im. 4 Appt. N° 2 Sidi Othman
Tél. 06 22 331 092 / 06 67 123 796

Date de consultation : 26 / 04 / 2024

Nom et prénom du malade : IMANE HAMID Age :

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

Nature de la maladie : Neurologique

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/04/2024 | | 1 | 2000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

| | | |
|--|------------|------|
| | 26/04/2024 | 9200 |
|--|------------|------|

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

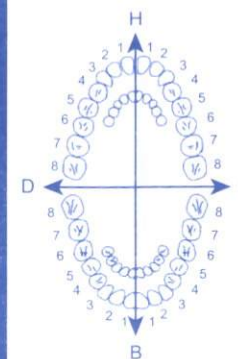
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

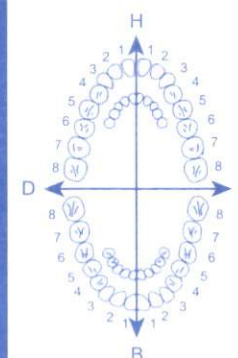
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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

Dr. Mohamed MOKRI NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Mèknes
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



الدكتور محمد المقري

إختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le

26/04/2024

3x 24.80 Imen Homed
105.80.0
① Lioresal

1x 6.75 3/4 -
② Tenuky

2x 6.75
3x 49.14
③ Amap

3x 99.00 1 -
2x 4.00
④ LD Nor 6

Trou No 1
x 3

MOKRI Mohamed
NEURO CHIRURGIEN
Mohamed Bouziane Résidence Farhatine
Imm 4 Appt. N° 2 Sidi Othmane
Tél: 0522.551.092 / 0667.125.796

شارع محمد بوزيان، إقامة فرحاتين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسما سيدي عثمان)

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796

ag. So.

23.92. 1 - 2
Dispositif

rep h

21.30

Bay cutin

rep -

24.12

6 118001 030231

LIORESAL® 10 mg

Boîte de 50 comprimés

P.P.V. : 105,80 DH

LOT 221040
EXP 07/2025
PPV 25.60DH

Dr. MOKRI Mohamed
NEURO CHIRURGIEN
d. Mohamed Bouzian Res. Farhatine
Imm. 4 Appt. N° 2 Sidi Orthman
Tel: 0522 551 0027 / 0527 125 796

611 800115 012 0

DIPROLENE 0,05% Pomade 15g
P.P.V. : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
S.P. 136 Bouskoura

49,40

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV : 21,30 DH
LOT N° : HR2657
EXP : 12/2026

49,40

LOT : 230655
EXP : 04/2026
PPV : 99,00DH

LOT : 231512
EXP : 10/2026
PPV : 99,00DH

49,40

LOT 230972
EXP 02/2026
PPV : [REDACTED]

OPER PHARMA
PPV : 92,50 DH

LOT : 230655
EXP : 04/2026
PPV : 99,00DH