

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0035962

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : P.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : DOUIEB NAJIB

Date de naissance : 1.7.1954

Adresse : 44 Rue EL BAHAIL Roches noires CABA

Tél. : 0663722597 Total des frais engagés : 1097,10 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL HAMZA OUI Omar
Médecine Générale et du Travail
ECG Echographie
97 Rue Zouheir Bnou El Aouam
CASABLANCA
Tél : 343 80 35 SM 062.45.36

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Douieb Najib Age : / /

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

Nature de la maladie : ORL - HTA

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

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

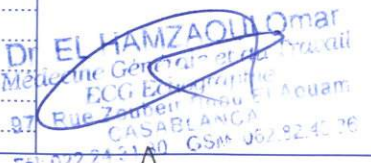
Adresses Mails utiles

- 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

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
29/04	9		100, D	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/04/2024	977,10	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

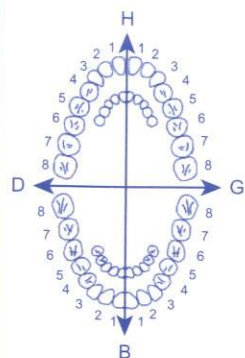
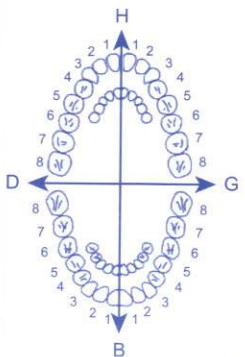
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur Omar EL HAMZAOUI
Médecine Générale

D.U . de Médecine du Travail
et d'Ergonomie

D.U . de Psychologie Clinique

D.U . de l'échographie Générale
Electro cardiogramme

97, Rue Zoubeir Bnou Al Aouam
(Ex Eugène Lendrat)

Casablanca - Tél : 05 22 24 31 80

الدكتور عمر الحمزاوي
الطب العام

حاصل على دبلوم طب الشغل
والاركونوميا

دبلوم البسيكولوجية العيادية

دبلوم الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

97, زقة الزبير بن العوام

(أوجين لاندرا سابقا)

الدار البيضاء - الهاتف 05 22 24 31 80

Casablanca, le 29 04 2024 في الدار البيضاء

DOUIB NASIB

18.00

pulso ph-d 9 sig

49.00 165 x 31

200Vox 9

15.30 x 21 x 31

Vit C 1000 y ell

286.00 x 3 141

Ex forge 5/160/12 T

21.50 141

Samonul gel

14p x 31 et a ch

T=997/10

Pharmacie la Solidarité
354, Bd Am...
Roches...
Tél: ...
Fax: 05 22 24 31 80

Dr EL HAMZAOUI Omar
Médecine Générale et du Travail
ECG Echographie
97 Rue Zoubeir Bnou El Aouam
CASABLANCA
Tél 022.24.31.80 - GSM 062.82.45.36

PPV 15 DH 30
PER 05/26
LOT M1673
15,30

PPV 15 DH 30
PER 05/26
LOT M1673
15,30

LOT: 231867
DLUD: 16/2026
49,00 DH



6 118000 012078
P.P.V.: 21,50 DH
PANSORAL GEL 16G
Sidi Bernoussi, Casablanca
Madhar
Baikimla N° 6, 01

LOT: 23E006
PER: 09 2027



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 286.00 DH

PPV (DH):
LOT N°:
UT. AV.:

18,00

DR. EL HAM
MAROCQUE OUD
2008
21 Rue Soud
2021
1180