

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

Déclaration de Maladie

M23-0026956

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

204592

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11994

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OTMANI AHD

Date de naissance : 20/10/1979

Adresse : 1er Dalis n° 154 Benshame Casablanca

Tél. : 0661364314

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade : EL OTMANI AHD

Age : 43ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : sangée cur

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

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
11/03/2024	SE		422,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

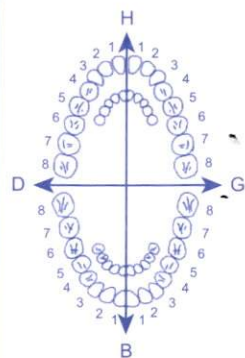
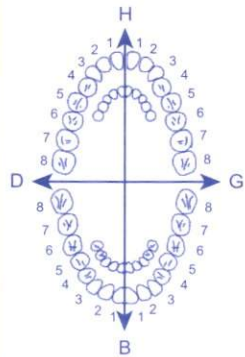
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT 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>		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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Zoulal ETTAYEBI

Spécialiste en Gynécologie
et Obstétrique

Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat
Ex Chef de service Gynéco-Obstétrique
de l'hôpital Hassan II Settat



031152556



الدكتورة زلال الطيبي

طبيبة مختصة في أمراض
النساء والتوليد

خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط
رئيسة قسم ساقطة بمستشفى الحسن الثاني بطنات

Casablanca le :

11/03/2024

ORDONNANCE

Madame FI OTMANI AHD

Maxi G fer

Matin	Midi	Soir	Avant repas	Après repas
1	0	0	1	0
40 J				

Dr. ZOULAL ETTAYEBI
Gynéco-Obstétricienne
Im Mahir 2ème étage oppt 7
06 62 45 04 47
05 22 02 22 10

📍 عمارة ماهر، الطابق الثاني، شقة 7 - بوسكورة - ر.ب : 3011 - الدار البيضاء

📍 Imm Mahir 2ème étage, N° 7 - Bouskoura - CP 3011 - Casablanca

☎ 05 22 012 210 - 06 62 450 447 ✉ Dr.ettayebi@gmail.com

Dr Zoulal ETTAYEBI

*Spécialiste en Gynécologie
et Obstétrique*

*Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat
Ex Chef de service Gynéco-Obstétrique
de l'hôpital Hassan II Settat*



031152556



الدكتورة زلال الطيبي

*طبيبة مختصة في أمراض
النساء والتوليد*

*خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط
رئيسة قسم سابقة بمستشفى الحسن الثاني بطات*

Casablanca le :

Facture

Madame EL OTMANI AHD

N° Facture : FAC2024341726

Date : 11/03/2024

Service

Montant

Consult Echo

400,00

Montant à payer : 400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Cachet :

Dr. ZOULAL ETTAYEBI
Gynéco-Obstétricienne
Imm Mahir 2ème étage appt 7
Bouskoura
06 62 45 04 47
05 22 01 22 10

📍 عمارة ماهر، الطابق الثاني، شقة 7 - بوسكورة - ر.ب. : 3011 - الدار البيضاء

📍 Imm Mahir 2ème étage, N° 7 - Bouskoura - CP 3011 - Casablanca

☎ 05 22 012 210 - 06 62 450 447 ✉ Dr.ettayebi@gmail.com

Dr Zoulal ETTAYEBI

Spécialiste en Gynécologie
et Obstétrique

Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat
Ex Chef de service Gynéco-Obstétrique
de l'hôpital Hassan II Settat



031152556



الدكتورة زلال الطيبي

طبيبة مختصة في أمراض
النساء والتوليد

خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط
رئيسة قسم سابقة بمستشفى الحسن الثاني بطنجة

Casablanca le :

échographie obstétricale

Madame EL OTMANI AHD

Date échographie	11/03/2024
Age gestationnel	13 SA
DDR	15/12/2023

Conclusion

Grossesse MonoFoetale ,évolutive de 13 SA ,CN -
C/C: GMFE 13 SA.



📍 عمارة ماهر، الطابق الثاني، شقة 7 - بوسكورة - ر.ب : 3011 - الدار البيضاء

📍 Imm Mahir 2ème étage, N° 7 - Bouskoura - CP 3011 - Casablanca

☎ 05 22 012 210 - 06 62 450 447 ✉ Dr.ettayebi@gmail.com