

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043161

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4699 Société : RAM 43847
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MABROUR MOHAMED
 Date de naissance : 10/01/1950
 Adresse : Lot. ETADAMOUNE, RUE 5 N° 34
 OULFA - CASABLANCA
 Tél. : 0661326392 Total des frais engagés : 709,60 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03/04/2020

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 : 08/10/2020

Le : 08/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : MABROUR

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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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

N° P19- 0043157

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4699 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MABROUR Mohamed

Date de naissance : 10/01/1950

Adresse :

Email : mmabrou@gmail.com

Tél. : 0661326392 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP:091046607

Date de consultation : 02/09/2020

Nom et prénom du malade : MABROUR NAIDANE Age: MOUZABI

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 09/01/2020

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
02.09.2020	C		# 300 DH #	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADIA Dr Nadia Nadia 334, Bd. Mohamed Daoura Oujda - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95	02/09/2020	409,60

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

39,2

LOT : 19E008
PER: 11/2022
KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 27DH30
1180001010

COEFFICIENT DES TRAVAUX

PPV: 222,0
LOT: 62375
PER: 06/21

Lot N° :
Exp :
PPV :

75,40

DATE DU DEVIS

DATE L'EXECUTION

LOT : 19E008
PER: 11/2022
MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
1180001010

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	D	G													
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DE

D'

FI

D

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 27DH30
LOT : 19E008
PER.: 11 2022

RESPECTER

PPV: 222,00 DH
LOT: 623753
PER: 06/21

Lot N° :

Exp :

PPV :

75,40

DATE DU DEVIS

DATE L'EXECUTION

MYCOSTER 1%
CREME I30G
P.P.V : 45DH20
LOT : 19E008
PER.: 11 2022

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Touria EL ALAMI

Dérmatologue - Vénérologie
Spécialiste des maladies
de la peau, du cuir chevelu
Laser - LED

COSMETOLOGIE

Sur rendez-vous

الدكتورة ثريا العلمي

أخصائية في أمراض الجلد
الشعر و الأمراض التناسلية

علم التجميل

بالميعاد

Casablanca, le

02/09/2020

الدار البيضاء في

N° 7777777777

Reception

par le

39,70

Reception

06/06/2020



27,30

Reception



222,00

Reception



75,40

Reception



E-mail : cabinetdrelalami2019dermato@gmail.com

12, Rue Jean Jaurès Resid. CERN TRAVA, 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 48.72.42 - Tél./ Fax : 05 22 48 79 61

84 pieces

Nylosin 45,20
repar celluloses
x 1000



409,60
Dermofix patch
x 1000

Dr TOLITA EL AGHAMI
DERMATOLOGUE
12 Rue Jean Jaures
Bld. Carnot - 1^{er} Etg - CASA
Tél : 02 48 72 42 / 02 48 79 61

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
33A Bd Oued Daoura
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95

Mohamed MABROUR

De: Mohamed MABROUR <mmabroure@gmail.com>
Envoyé: mercredi 7 octobre 2020 12:15
À: 'rfm@mupras.com'
Objet: Feuille de Soins N° P19-0043157 du 02/09/2020, Matricule 4699

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joint une copie de la feuille de soins en objet , ainsi que les documents en relations.

Documents joints :

- Feuille de soin N° P19-0043157 du 02/09//2020
- Ordonnance Dermatologie du 02/09/2020
- 5 Vignettes de médicaments
 1. pour Fucidine 2% (1 x 39,70 dh).
 2. pour Ketoderm 2% (1 x 27,30 dh) 1g/125mg.
 3. Augmentin 1g/125mg (1 x 222,00 dh).
 4. Mynazol 150mg (1 x 75,40 dh).
 5. Mycoster 1% (1 x 45,20 dh).

Merci à vous.

Mohamed Mabroure
Matricule : 4699
GSM : 0661326392
Email : mmabroure@gmail.com



Ordonnance_dtd...P19-043157_Feui...