

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

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

S'AGIT BIEN M-L-D!!!

Déclaration de Maladie

N° P19- 053105

56672

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DENNOURI MOSTAFA
Date de naissance : 30 JUL 1957
Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA S. ETAGE
APPT 211 MERS SULTAN CASAB
Tél. : 0670930205 Total des frais engagés : #510,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2021
Nom et prénom du malade : A. RAED SAMIR M. DENNOURI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASAB Le : 20/01/2021
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 lien des Actes
04/01/2021			250	Docteur Duman Mazi Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 293 Bd. Abdelmoumyn, Imm. Morjana, 2ème étage, App. N° 4 - Casablanca Tél. 05 22 46 41 90 - 05 22 46 56 34
15/01/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/01/21

260,00

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

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 :

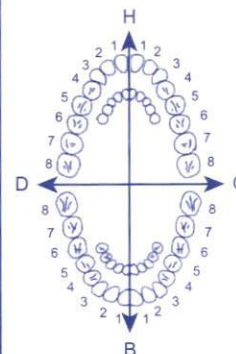
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

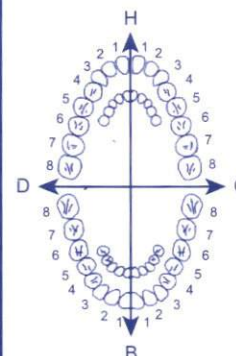
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 15/01/2021

Mme RACHID EP DENNOURI Soumiya

DIAMICRON 60 mg

1/2 comprimé le matin avant repas

Metformine Win 850 MG

1 comprimé le soir pendant 07 jours puis 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir au milieu ou après repas

Traitement pour 03 mois

Pharmacie EACU Toulouane
4, Rue Abou Mouhammad El Khatibi
Casablanca - Tél: 05 22 86 41 90 - 05 22 86 41 91

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie Diabétologie
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 41 91

LOT : 20E012
PER.: 07 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

☒ **valable 3 mois**

Le 15/01/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue de la Liberté) - Casablanca

Docteur Othman TAZI
Endocrinologue - Diabétologue
193 Bd Abdelmoumen, 2ème étage, N° 4 - Casablanca
Tel : 05 22 22 50 50 - 05 22 22 56 34