

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

Consignes 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

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

N° P19-0031009

63155

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELZAKI MINA

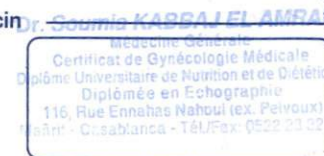
Date de naissance : 21.06.1981

Adresse : 81, Rue Moussa Benou Noussei

Tél. : 0661314394 Total des frais engagés : 1253 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 205 / 03 / 2022

Nom et prénom du malade : ELZAKI Mina Age : 41 ans

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

Nature de la maladie : Depress - avec 1 D. type 2 + 1 D. type 1

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 : CAS

Le : 12 / 03 / 2022

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
20/03/21	G		150 DH	

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	

RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

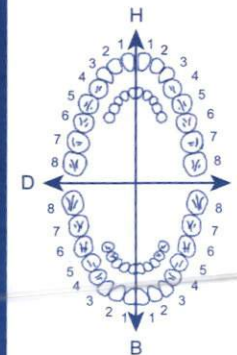
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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

الدكتورة سمية قباچ العمراني

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التغذية و الحمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التخطيط الكهربائي للقلب

و التحليل السكري

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G Glycémie

Casablanca, le :

الدار البيضاء :

05/03/2021

56,60

Mme Ezzaki Ep Ezzaki Mina

DEROXAT 20 CP

1 comprimé le matin pdt 03 mois

STILNOX

1 comprimé, le soir au coucher, pendant 03 mois

METFORMINE WIN 850mG

1cp 2x/j apres le repas (pendant 03 mois)

INEXIUM 40 CP

1cp /j le matin à jeun pdt 14 jours

NEOFORTAN 160

1 comprimé 2x/j

BIRODOGYL cp

1cp 2x/j

ZINASKIN CP

1cp 2x/j pdt 07 jours

116 زنقة النحاس النحوي (يلفو سابقا) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف و الفاكس : 05 22 23 32 41

116, rue Ennahas Nahoui (ex Pelvoux) - Maârif - Casablanca Tél/Fax: 05 22 23 32 41

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

CP QR

Bolte 14

84150MP/21NRQ P.P.V.:142,10 DH



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V.:56DH60

LOT : 19E002
PER.:08 2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.:17DH10

LOT : 20E008
PER.:03 2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.:17DH10

LOT : 20E008
PER.:03 2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.:17DH10

LOT : 20E014
PER.:08 2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.:17DH10

LOT : 20E014
PER.:08 2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.:17DH10

LOT : 20E013
PER.:07 2023



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80

EXP 05/2023

LOT 04044

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V.:56DH60

LOT : 19E002
PER.:08 2023



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

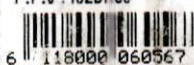
PPV : 83.70 DH



BIRACOGYL
CP PEL B15

P.P.V.:102DH00

LOT : 20E018
PER.:05 2023



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

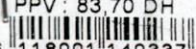
PPV : 83.70 DH



ID : 646135
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 83.70 DH



ID : 645439
6 118001 140237

ZINASKIN®

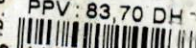
PPV 40DH90

EXP 12/2022

LOT 90054 1

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

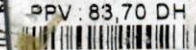
PPV : 83.70 DH



ID : 646135
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

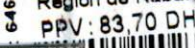
PPV : 83.70 DH



ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 83.70 DH



ID : 646135
6 118001 140237

17,10

56,60

56,60

56,60