

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- 051655

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société : 70059

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdallah

Date de naissance :

Adresse : JAMILA 5 Ave 113 N° 32 - C.D. - PASA

Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : 1303,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2021

Nom et prénom du malade : FH OUME BAHRIA Age: 1949

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

Nature de la maladie : Covid 19

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

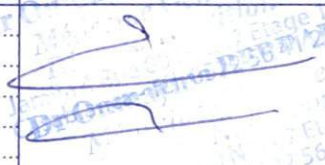
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Le : 15/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

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
13/04/2021		C	1500,00	
14/04/2021		C	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.04.2021	1643,80
	14/04/2021	80,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

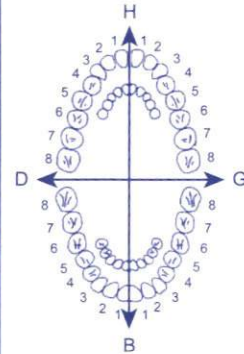
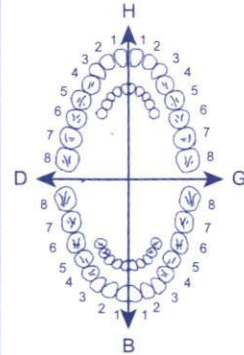
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

Médecine générale

Lauréate de la faculté de médecine

et de pharmacie de Casablanca

Diplôme de Diabétologie et Nutrition

de la Faculté de bordeaux

Diplôme de Nutrition et thérapeutiques

Métaboliques de la Faculté de Fès

Echographie Générale

ECG - HTA

Amincissement

me 6802

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

دبلوم أمراض السكري و التغذية

من كلية الطب بوردو

دبلوم التغذية من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى

تخطيط القلب - ضغط الدم

تخسيس

Casablanca, le : 14/04/2021.

M FHOUE BARRIA

60,00 x 2
11

Maza x 500 mg

1 cp 1j à J1 puis

1/2 cp de J2 à J7.

26,50
21

Vit C 1g

1 cp 1j pst 10j

40,90
31

Zinaskin

1 cp 1j pst 10j

52,80
41

Zolus 20 mg

1 cp 1j pst 7j

27,70
51

Cardioresp 100 mg

1 cp 1j pst 10j

Cabinet médical Al Amel

Tel : 0522- 564 121

cabinetmedicalamel@gmail.com

جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1 البيضاء



Adresse :

Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1

Avenue Sakkia Al Hamra, Sbata

6/ Novex 0,4 mg
347,00 x 2
1ing 1j pdt 10j



79,90
7/ Tou Dex sp.

1 cas x 2 j



32,00
8/ Clavetec 100g.

1cp 1j pdt 1 sem.



T. 1073,80

Dr C. ...
Coabianca - Tel. 054/554721



LOT : 5717
UT. AV : 12-22
P.P.V : 60 DH 00

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 01/2024
LOT 00049 28

52,80.

VITAMINE C 1g 
Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



يحفظ بعيداً عن الـ
a chaleur et de l'humidité.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



LOT 058619/FC2
09/2022 PPC 79,90

alimentaire n'est pas un médicament

32,00

A 14471

LOT 058619/FC2
EXP 09/2022
PPV 79,90

347,00
NOVEX

347,00
NOVEX

m^e 6802

m^{me} Moutaki

Dr. Oumayma BERRADA

81

ME 6802

الدكتورة أميمة برادة

Médecine générale
Lauréate de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca
Diplôme de Diabétologie et Nutrition
de la Faculté de bordeaux
Diplôme de Nutrition et thérapeutiques
Métaboliques de la Faculté de Fès
Echographie Générale
ECG - HTA
Amincissement

الطب العام
خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
دبلوم أمراض السكري و التغذية
من كلية الطب بوردو
دبلوم التغذية من كلية الطب بفاس
الفحص بالصدى
تخطيط القلب - ضغط الدم
تخصيس

Casablanca, le : 14/04/2021 .

Mme FHOUME BAHRIA

Bauselctis KETO-Diastik

80,00
SAIDA AL
0522 564 121 / 0522 564 121
Casablanca

Dr Oumayma BERRADA
Casablanca - Tel: 0522 564 121



Al Amel



Tel : 0522- 564 121



cabinetmedicalalamel@gmail.com

جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1 البيضاء



Adresse :

Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1

Avenue Sakkia Al Hamra, Sbata



SAIDA MED S.A.R.L

Vente Matériel Medical et Chirurgical

mé
6802

Facture N°: 202100347

Date	Client	Page
14/04/2021	34210002	1

FHOUME BAHRIA

REFERENCE	QTE	DESIGNATION	P.U HT	Montant HT
A00072	1	BANDELETTE URINAIRE 2P	66,67	66,67

SAIDA MED
Bd El Joulane Hay Al Manssour N° 78 Bis - Ben Msik - Casablanca
Tél : 05 22 59 95 15 / 05 22 59 47 47

MT HT	TAUX TVA	MT TVA
66,67	20,00%	13,33

TOTAL HT	Montant TVA	NET A PAYER
66,67	13,33	80,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre-vingts Dirham