

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Horloger  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-443845

71 380

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4968 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFID

Date de naissance : 19/04/63

Adresse : RESIDENCE EL HARAF (MND36)  
Ain Chock Casablanca

Tél. : 0661392672 Total des frais engagés : 8424 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/3/2022

Nom et prénom du malade : Fati Rachid

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

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : 20/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/03/2021		12	300 dh	INPE: 001106

INPE: 001106

Dr. JABRI DEILA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Dr. Bouchra TAOUDI

Montant de la Facture

Date

Coopérative Ach-charaf N°DM2

ay Inara Haddaouia Casablanca

Tél: 05 22 21 64 09

09/03/2021

842,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

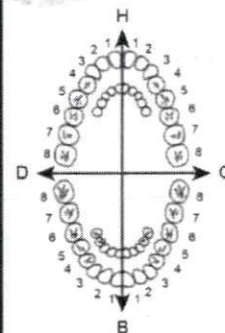
IM

IV

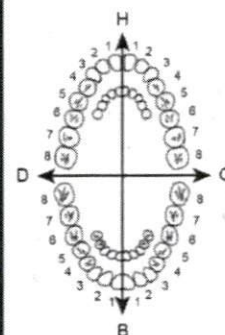
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	G	00000000
	35533411		11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

**Docteur JABRI Leila**

**Spécialiste en Endocrinologie**

**Diabétologie**

**Maladies Métaboliques**

**Ancienne Interne du CHU de NICE**

**Diplômée de la Faculté**

**de Médecine de NICE**

**كتورة جبري ليلي**

**اختصاصية في مرض السكري**

**أمراض الغدد الصم - أمراض الأيض**

**ب بنيس بفرنسا**

**Casablanca, le 09 Mars 2021** دار البيضاء في

LOT : 20E013  
PER : 05 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



**Mme FADI RACHIDA**

$390,00 \times 2 = 780,00$

1/ Galvus 50 mg cp.

1 Midi pendant 3 mois

$10,40 \times 6 = 62,40$

2/ METFORMINE WIN 500 MG

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois



$842,40$

**PHARMACIE ACH-CHARAI**  
Dr. Bouchra TAOUFI  
Coopérative Ach-Charai N°DM2  
Hay Inara Hanchaouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09

LOT : 20E015  
PER : 05 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



LOT : 20E019  
PER : 10 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



LOT : 20E019  
PER : 10 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



LOT : 20E015  
PER : 05 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



LOT : 20E019  
PER : 10 2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



**شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء**

**Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca**

**Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com**