

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
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° W21-632558

86396

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02503 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NABIL Rachida

Date de naissance : 1/7/1954

Adresse : Lot ATTA el amouni Rue 4 No 9

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/7/2022

Nom et prénom du malade : L. El mali

Age : 67

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

Nature de la maladie : Det and mental

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 : Le : / /

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
7/7/2024	C3		300	Dr. ABDELLAH SOUKRI PSYCHIATRE 2 Mars Angle Rue Victor Hugo Mers Sultan - Casablanca Tél.: 05 22 26 20 24
			DTTS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Résidence ANYAM Sihem GUERRAOU Docteur en Pharmacie R. Résidence Annam Oulfa Tél.: 922 89 43 19 - Casablanca	07/24	1 770,00

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				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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. Soumia BENABDERRAZIK

Psychiatre - Psychothérapeute

Addictologue

الدكتورة بنعبد الرزاق سميت

الطب النفسي - العلاج النفسي

طب الإدمان

Casablanca, le

7/7/2021

الدار البيضاء, في

N Kamali

154,00 ps.

L. 30

Driss Lal Am



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihem BENABDERRAZIK
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaim Oulfa
Tél: 05 22 26 20 24

1-770,00

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihem BENABDERRAZIK
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaim Oulfa
Tél: 05 22 26 20 24

PSYCHIATRE
Dr. Soumia BENABDERRAZIK
2 Mars Angle Rue Victor Hugo
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 26 20 24

Chraï tenel de 4 mg

Dr: 4/10/2021 à 16h30

PRISDAL® 1 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118001 250950

PRISDAL® 1 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118001 250950

PRISDAL®

ne

LOT 0007455

EXP 10/23

PPV 154DH00

comprimés pelliculés

PRISDAL® 1 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118001 250950

DAL®

LOT 0902993

EXP 04/2022

PPV:154DH00

pelliculés Voie orale

PRISDAL® 1 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118001 250950

PRISDAL® 1 mg ○
30 comprimés pelliculés



6 118001 250950

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0007455

EXP 10/23

PPV 154DH00

1 mg

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0007455

EXP 10/23

PPV 154DH00

1 mg

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0002114

EXP 03/23

PPV 154DH00

1 mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale