

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 1052809

89366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05420

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMMAR ABDEL KADER

Date de naissance : 16/03/65

Adresse : ammar@royalairmaroc.com

Tél. : 06 61 109 059 Total des frais engagés : 750 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. JABRI LEILA

Cachet du médecin :

spécialiste en Endocrinologie
Diabète et Maladies Métaboliques
B.P. 11445 - 3ème Etage
Bd. El Anassir - Casablanca
Tél : 05 22 50 66 06
Fax : 05 22 50 66 02

Date de consultation : 05/07/2021

Nom et prénom du malade : El Baid Fatma

Age : 53 ans

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 : CASA


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
05/07/2021	CU		300 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/07/2021	450,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

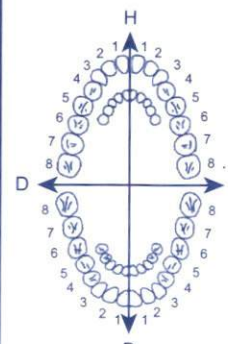
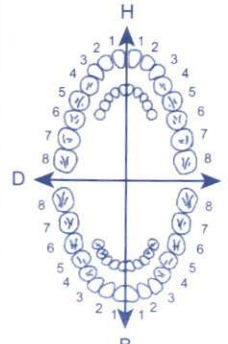
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

05 Juillet 2021

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغة الدرقية

Casablanca, le دار البيضاء في

Mme EL BAID FATIMA

17,50 x 4 = 70,00

1/ ADO 500MG /50CPS

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

190,00 x 2 = 380,00

2/ Bandelettes adaptées au lecteur de glycémie

2 Boites

450,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUBI
Cooperative Ach-charaf, N° DM2
Hay Inara, Madinet Ouja - CASA
Tél.: 05 22 21 64 09

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
diabète, maladies métaboliques
Rls. Saïaa IMM 406 - 3ème Etage
Bd. El Qods Am Chock - Casab
Tél.: 05 22 50 66 06
INPE: 091103082

LOT : 8214
UT. AV : 04-24
P.P.V : 17 DH50

LOT : 8214
UT. AV : 04-24
P.P.V : 17 DH50

LOT : 8214
UT. AV : 04-24
P.P.V : 17 DH50

LOT : 5103
UT. AV : 12 - 23
P.P.V : 17 DH 50

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

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



Facture N° 20210707-734

Date de vente : 05/07/2021
Médecin traitant : JABRI Leila

ELBIAD FATIMA

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ON CALL SURE BANDELETTE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS B50	2	190,00	TVA (20.00%)	380,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUFI
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddaouia - CASA
Tél. : 05 22 21 64 09

Total HT	316,67 DHS
TVA	63,33 DHS
Total	380,00 DHS

la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingts DHS

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073
Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca