

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

Informations 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° M21- 074914

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5442

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NYAZI BRAHIM

Date de naissance : 10/11/1960

Adresse : 82, HAY NAJAT AIN SEBAA

CASA

Tél. : 0663653028

Total des frais engagés : 897,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2021

Nom et prénom du malade : NYAZI BRAHIM

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 07/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
6.12.2021			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/12/2021	897,8000

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
						FIN D'EXECUTION	

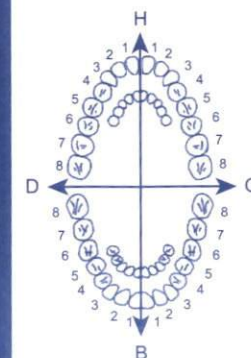
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

Docteur Tarik DLIA



الدكتور طارق اضليعة

Médecine Générale

الطب العام

Diplômé de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

خريج كلية الطب و الصيدلة
جامعة الحسن الثاني
الدار البيضاء

6.12
6m
Docteur Tarik DLIA
Généraliste
Résidence les Amandiers
n° 14 - Casablanca
06 64 44 66 66 / 05 22 35 09 15

DR AYAZI BRAHIM

Phosphor

M 2m

Cardinal Zary

Zary

ANAL

Docteur Tarik DLIA
Généraliste
85 Allée des Amandiers, Résidence les Amandiers
n° 14 - Ain Sebba - Casablanca
06 64 44 66 66 / 05 22 35 09 15
PHARMACIE FLEURS D'ORANGER
SARL
85 Allée des Amandiers - Ain Sebba
Casablanca - Tél: 05 22 35 09 15 / 06 64 44 66 66



الضمان الاجتماعي

+١٠٠٠+ +١٠٠٠+

CNSS
Le devoir de vous protéger

Partie réservée aux codes à barre des médicaments

CARDIVEL® 300mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 210382

164,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

CARDIVEL® 300mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 210382

164,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30



6 118000 062301



VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

PHARMACIE FLEURS D'ORANGERS
SARL
11, Allée des Orangers - Al Sebbah
Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88
ZAGUI Aicha

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30



6 118000 062301

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189