

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.

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

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

MUPRAS No P19- 046075
RECEPTION 101087
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10598 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RIZKI SAFIA
Date de naissance : 14/07/1972
Adresse : 107. RUE SAAB BENABI OUKKASSE
HAYEZZAHRA BERRECHID
Tél. : 06.07.743000 Total des frais engagés : 819.30 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Sarah BELCAID
Médecin Généraliste
20, Ard Souk Bd. Mohamed V 2ème Etage
Bureau 8 - Berrechid - Tél. : 0522 33 68 31
Date de consultation : 07/12/2021
Nom et prénom du malade : Rizki Safia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : 06.07.743000
Signature de l'adhérent(e) :
MUPRAS
26 JAN. 2022
ACCUSE

[illegible]

20, Ard. Sout. Bd. Mohamed V 2ème Etage
Bureau 8 - Berrechid - Tél.: 0522 33 68 33

07.12.2021

[illegible]

Date _____

Montant de la Facture

07, 12, 21

669,30

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

[illegible]

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

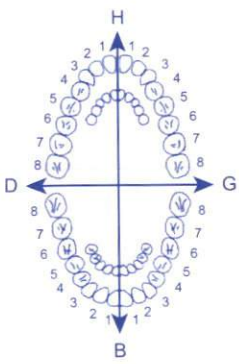
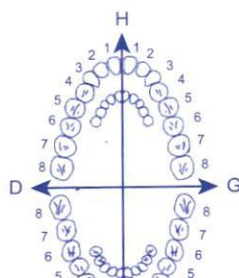
Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div>			

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341

21433552

D

- G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الدكتورة سارة بلقيدة

الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le :

07/12/2021

Rizki Safia

Pharmacie TAYBAN
Dr. BELCAIDA Yasser
Pharmacien
369, Regraga - BERRECHID
Tél: 0522 33 61 30

149.70 x 03

1. Diprezan Fat

75,00

2. Bilagaz

32,00

3. Naspa

56,60 x 02 lamp IM / jr

4. Diprostène 120 mg

T = 669,30 mg IM / 15 j

20. شارع محمد الخامس جزيرة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

PPV 149DH70
PER 12/23
LOT J3688



6 118000 041672

PPV 149DH70
PER 12/23
LOT J3688



6 118000 041672

DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg

PPV 149DH70
PER 03/24
LOT M660

6 118000 041672



3 760269 201927

بلاغاز

القلم المنشط

nt fin :

N° de Lc

Prix :

75 DH

Sanoï-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
No spa 40 mg/2ml, Inj
b 5amp

P.P.V : 32,00 DH



6 118000 061335



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura