

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

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



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

Déclaration de Maladie

105483 N° W21-622416/6305

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6905

Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEMJELLOUN Rachida Voe KISSI

Date de naissance : 29.10.1948

Adresse : Lot Les Palmiers Rue 2 Res. OUCHTAR 7 App. 1
CASA

Tél. : 067840143

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/11/2021

Nom et prénom du malade : BEMJELLOUN Rachida

Age : 79 ans

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

Nature de la maladie : Psychose

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

R. B.

Le : 24/11/2021



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
24/11/2021	C		Gratuit	INP : 91014571 دكتور دنيا القيسي Dr Dounia KISSI Médecin Dentiste Centre de Santé

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHINOÏDE N. DADOUN 139, rue Abou Ishak Al Marouni (Madin) CASABLANCA - Tel.: 0522 25 05 77	24/11/21	679,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

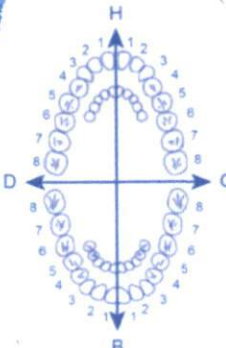
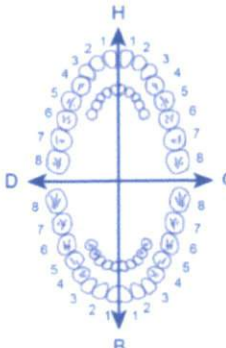
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS []																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Cachet du Médecin

Date :

24/11/2021

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. BADOUN
139, rue Abou Ismail Al Marouni (Maârif)
CASABLANCA - Tel.: 0522 25 05 77

Ordonnance

M. Benjelloun Rachida

679,80

(113,30 x 6)

1/- Depakine Chrono



1 g 2x/j.

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. BADOUN
139, rue Abou Ismail Al Marouni (Maârif)
CASABLANCA - Tel.: 0522 25 05 77

دكتورة دنيا الكيسسي
Dr. Dounia KISSI
Médecin Généraliste
Centre de Santé BADR/CASA

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Dep. akine chrono 500mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Dep. akine chrono 500mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Dep. akine chrono 500mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Dep. akine chrono 500mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Dep. akine chrono 500mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH

