

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-602045

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAÏSSA AHMED

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : habituelle

Tél. : 06 71 92 70 04

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cochet du médecin :

Date de consultation : 31/1/2022

Nom et prénom du malade : BENAÏSSA AHMED

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

Nature de la maladie : DMLA cécité isolée

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) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

142952

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
31/1/2022			3000	
02.02.2022	CS		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Pharmacie Morsas Lot Bouchar Route 1100 St Maârouf Casablanca 092043710	Date 31/01/2022	Montant de la facture 560,70 53 Lot Bouchar Route 1100 St Maârouf Casablanca Tél: 092043710

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

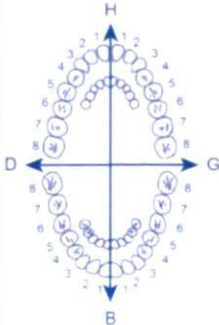
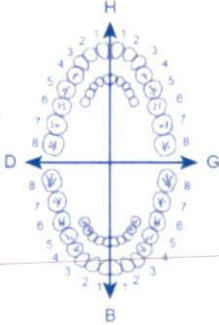
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
				MONTANTS DES SOINS 							
				DEBUT D'EXECUTION 							
				FIN D'EXECUTION 							
<div style="text-align: center;"> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 00000000 21433552 00000000 </div> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 35533411 00000000 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 00000000 21433552 00000000 </div>		D	G	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 35533411 00000000 11433553 </div>		B
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 00000000 21433552 00000000 </div>										
	D	G									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 35533411 00000000 11433553 </div>										
	B										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 31 1 2022 : في : الدار البيضاء،

166,40 11R Denaissa Ahmed

NovoNorm 0.5

NovoNorm®
0.5mg
90 comprimés
PPV: 166 DH 40



8-1785-73-210-1

196,50

NovoNorm 0.5

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50



8-1785-73-210-1

98,9062

NovoNorm 0.5

Pharmacie Marsad

93 Lot. Bourhne Route 1100
Sidi Madani Casablanca

F 560,70

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE: 001136303 / ICE: 001697433000063

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 DUM AZZA Région Rabat

PPV : 98 DH 90

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 DUM AZZA Région Rabat

PPV : 98 DH 90