

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 000477

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8580 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HARAR SELWA
 Date de naissance : 12.03.80
 Adresse : 12 Rue Isly 06110 Rabat
 Tél : 0667313040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور موني منقور
Dr. Mouna MENKOR
 Spécialiste en Médecine Interne
 119 Bd. Abdelmoutien 4ème Etg. Appt. N°27
 Tél: 05 22 27 95 24 - Urgence: 03 61 34 97 69

Date de consultation : 12/08/22
 Nom et prénom du malade : PARROCHIA Kerga Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Caixte de stress
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Le : 02/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : Huf

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
12/08/22	CS		300 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/22	142,00 DT 1507,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

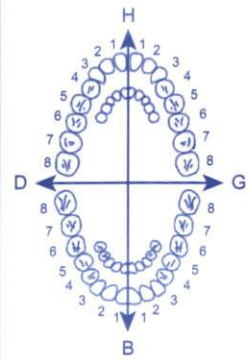
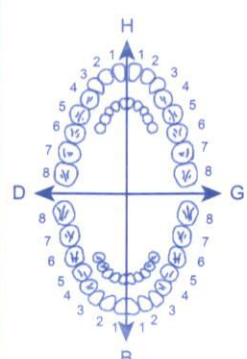
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة موني منقور
إختصاصية في الطب الباطني

Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Chek-up médical

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجلدية
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل

- Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- Membre de la Société Française de Médecine Interne

- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بتونس (فرنسا)
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

INPE : 0920365649

Casablanca, Le :

14/08/22

Pharmacie KHÉOPS SARL AU
Aziza LAHLOU
Docteur en Pharmacie
9, Rue Ibnou Yaala Ibrahi Maâni - Casa
Tél : 0522 27 95 24 - Fax : 0522 95 09 25

T: 1507,50

ARROCHON

Kenza

73,80

118,50 x 9

Ixor 20p

73,80

21,00
libetop p

21,00 x 4

47,20
Tumecidat p

47,20 x 6

142,00

CIE DE BOURGOGNE
ADA TAZI Halima
et
Casablanca

DT 10031 12
EXP 11/2023
PPU 73DH80

DT 10031 8
EXP 10/2023
PPU 73DH80

22067 PER:05/2025
PPV:21,00 DH

LOT : 4033
UT. AV : 09-26
P.P.V. : 47 DH 20

Pharmacie KHÉOPS SARL AU
Aziza LAHLOU
Docteur en Pharmacie
9, Rue Ibnou Yaala Ibrahi Maâni - Casa
Tél : 0522 27 95 24 - Fax : 0522 95 09 25
الدكتورة موني منقور
إختصاصية في الطب الباطني
Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
9, Rue Ibnou Yaala Ibrahi Maâni - Casa
Tél : 0522 27 95 24 - Fax : 0522 95 09 25
Urgence : 06 61 34 97 60

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

PPV 118DH50

22049 PER:04/2025
PPV:21.00 DH

22032 PER:03/2025
PPV:21.00 DH

22049 PER:04/2025
PPV:21.00 DH

22074 PER:05/2025
PPV:21.00 DH

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20

LOT : 6528

UT. AV : 01-27

P.P.V : 47 DH 20