

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° S19-0002981

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JENNATE Melika Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 781,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99 99

Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : JENNATE MALIKA Age :

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

Nature de la maladie : Hypothyroïdisme + Atherome

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 : Tamesna Le : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/02/2021	C	C	100 DH	Dr. Saloub EL KALIL Médecin Généraliste 6 Im. 34 Res. Amal Tamesna 0537 58 99 91
			INP: 101243343	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/08/22	661.40
		215

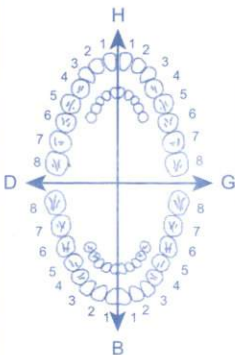
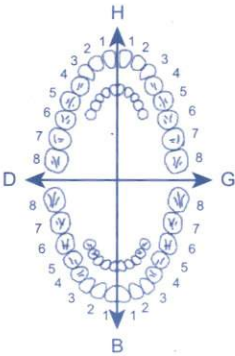
[illegible][illegible]

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

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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D G 00000000 00000000 35533411 11433553	
	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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 L'EXECUTION

Dr. Saloua ELKARAOUI



د. سلمة القروي

Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat - بالرباط
Diplômée en Diabétologie et Nutrition de l'Université
Diplômée en Médecine Esthétique et Anti-âge

Médecine Générale
Médecine Esthétique

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99 91



الطب العام
طب التجميل

Le : 09/08/2024

JENNATE MALIKA



6,80 x 3

1) Levothyrox 25 µg
1cp x 1/5 le matin
pdt 3 mois

89,50 x 2

2) D3 Norm 200 UI
15 goute x 1/5 pdt 3 mois

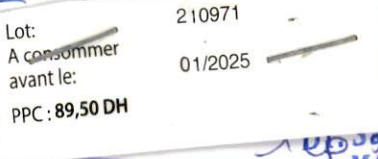
208,00

3) Coveram 5 µg
1cp x 1/5 pdt 3 mois

4) AGI 5

18,40

5) Tran



Lot: 210704
A consommer avant le: 09/2024
PPC: 89,50 DH

108,40

18,40

+212 5375-89991
Résidence Amal 2 Imm 34 App 6, Tamesna
Tél: 0537 58 99 91

49.40

6) Arix 500 g

1 cp x 1/5 ml + 37

79,70
PPV 7/10/17
PER 01/24
LOT L113

63.20

7) Zytotec 10 g

1 cp x 1/5 ml + 1m50

63,20

48.15

8) Diamicon 60 g

1 cp x 1/5 le matin ml + 1m5

78,70

11.00

9) Dolepran 1 g

1 cp x 3/5 ml + 85

PPV: 14DH00
PER: 11/24
LOT: K3206

T: 661.40.

[Signature]

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99 91

Tél/Fax: 05 37 01 10 40

COP - Rabat

Avenue Mohammed VI, km 18

Dr. JABOR Sanaa

PHARMACIE DES JARDINS