

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° P19-0028501

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAGASS LAHCEN
 Date de naissance : 01-01-1935
 Adresse : Etadamaou CHERAF Rue A imm 82 n°1
 El Ouffe 20110 Casablanca
 Tél. : 06-66-89-66-46 Total des frais engagés : 298,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/10/2022
 Nom et prénom du malade : Bagass Lahcen Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme fermé de la jambe
 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 : 12/10/2022

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
06/10/22			14.0 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/10/22

14.590

INPE

092053966

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

06/10/22

Rc

119.770

INPE

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
A M P C I M I V

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 :

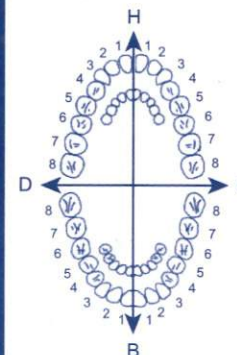
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

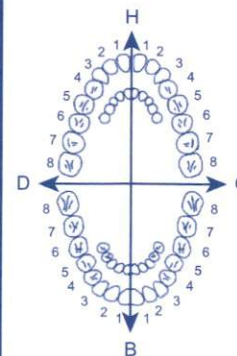
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

ORDONNANCE

Le :

06/10/22

Bagas Lahsene

R de la jambe
gauche



دكتور عادل كركاوي
Dr. GARGAOUI ADEL
Médecin Urgentiste
Service des Urgences
CHP AL HASSANI

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délegation May Hassani
Hôpital Al Hassani
Service de Radiologie



ORDONNANCE

Le: 06/10/22

Bagass Lahsen

6090

1) Flomise 15 mg 1 p/j

2) Antal 1 app. 3/j

8500

14580

صيدلية سيف الدين
PHARMACIE SIFEDDINE
Mme SIFEDDINE NAJMA
17 (El Yachia) A Abdelhak Bentay Bay Alkay
Casablanca - Tél : 0523 37 27 83

MINISTRE DE LA S
Hôpital
Al Hassan
Service
des Urgences
HAY HASSANI

ARTOL®

LOT BIY31
EXP 09/24
PPC 65.00DH

Distribué par :

PHARMACCESS
64, AV. Daakla Ras. Fedima Zahra,
N° 10 - Marrakech
CE N°205122018/UPCHC/DMP20

LOT 233074
EXP. 02/24
PPV 600DH90

FLAMIX® 15 mg
14 comprimés



000 07 1648

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

Quittance

N^o 489527

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
		114,50
		112,50
Total		

Cachet du
Service

Le,

Signature du
Régisseur



Date : 13/10/2022

Nom et Prénom : BAGASS LAHCEN

RADIOGRAPHIE DE LA JAMBEGAUCHE (FACE)

INDICATION

Bilan radiologique.

RESULTATS

- Absence de fracture visible.
- Absence de lésions suspecte.

