

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 (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° M21- 072440

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1208 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Retraité Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALNOUZANI BOUCHAIB
 Date de naissance : 1946
 Adresse : HABITUEL
 Tél. : 0604951371 Total des frais engagés : 514,89 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr Mohammed BOUTALLI
 Spécialiste des Maladies
 De l'Appareil Digestif
 314, Rue Mostapha El Maoui - Cas
 Tél 27-06-154
 Date de consultation : 01 OCT 2022
 Nom et prénom du malade : SABBAGH RACHID Age : 68 Ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RCH
 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 : 01/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
04 OCT. 2022	S	1	3090	 Mohammed Boufaleh Généraliste 1911 Avenue de l'Indépendance Casablanca - Casa
05 OCT. 2022	Ch	1	Cachet	

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
04 OCT. 2022	S	1	3090	 Mohammed Boufaleh Généraliste 1911 Avenue de l'Indépendance Rue Mohammed VI - Casa
05 OCT. 2022	Ch	1	Cachet	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Pharmacie EL MOULOUIYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13	Date 04/10/22	Montant de la Facture 186,00
ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13	06/10/22	62,60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Pharmacie EL MOULOUIYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13	Date 04/10/22	Montant de la Facture 186,00
ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13	06/10/22	62,60

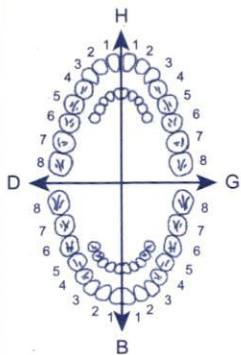
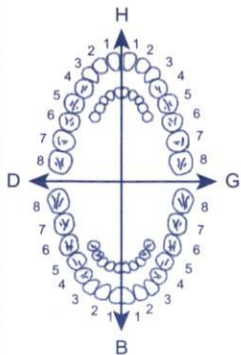
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

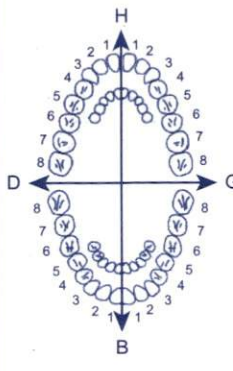
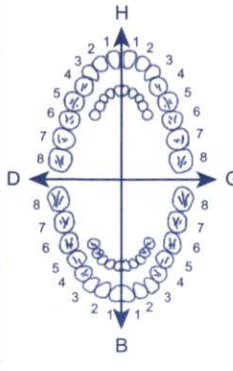
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B </div>		
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB

**Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif**

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie
Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب

**إختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي**

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية
الفحص بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج
خريج كلية الطب بمتنولي، فرنسا
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد
طبيب إختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 04/10/2022

Mme SABBANE Rachida

140,00

OEDES 20 MG (56 GÉLULES)

1 gélule par jour, le matin avant le repas

46,00

DIGESTINE

1 gélule par jour le matin, avant le repas

T = 186,00

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

LOT 221209 1
EXP 04 2027
PPV 46.00

PHARMACIE WILAYA MOHAMED
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moulaya El Oufia
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13
ICE: 002291220000074

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
314, زنقة مصطفى المعاني, قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB

**Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif**

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie
Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب

**إختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي**

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية
الضخ بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج
خريج كلية الطب بـمـنـبـولي، فرنسا
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد
طبيب إختصاصي سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 06/10/2022

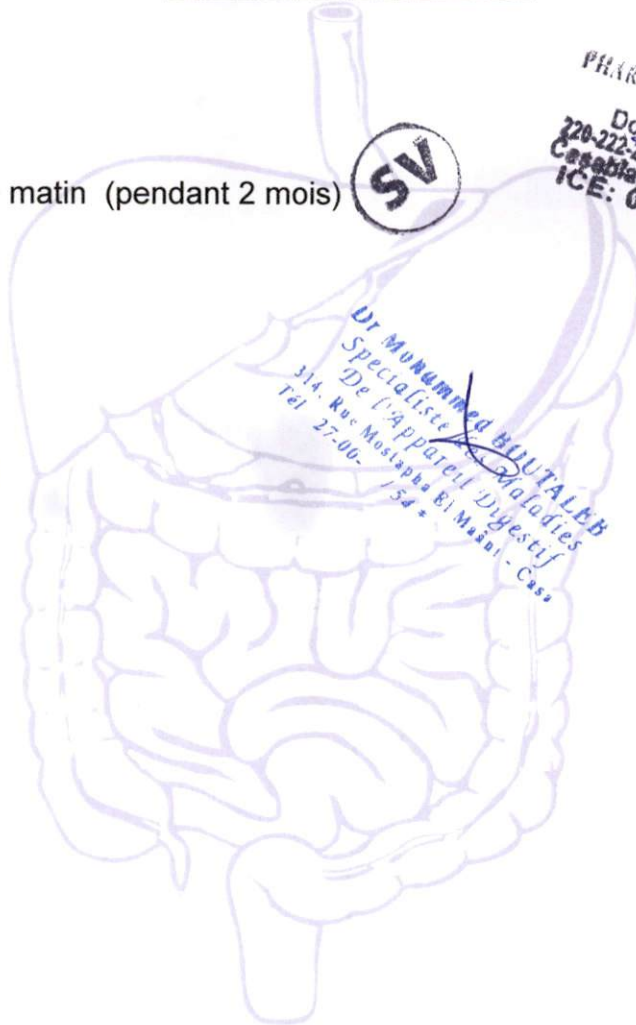
Mme SABBANE Rachida

31,30a2

ZYLORIC 200

1 comprimé le matin (pendant 2 mois)

T = 62,60



LOT / 221348
EXP / 05 2026
PPV / 31.30

LOT / 221348
EXP / 05 2026
PPV / 31.30

PHARMACIE EL OULFA MOULAY EL OULFA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 00229122000071

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
314, زنقة مصطفى المعاني, قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com