

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° W21-674393

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 141407

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : AP 03 IMM 47 LOT ASSABAH ESSACUI BAEIJADIDA
ESSAOUIRA

Tél. : 06 99599596 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Rhizante

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-674393

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Remboursement des Actes
12.12.2021	C		3000	DR LATIFA ALAMVANK Médecin Généraliste 13, Ak Akababouira Tel : 05 24 78 38 60
05.12.2021	C		C	DR LATIFA ALAMVANK Médecin Généraliste 13, Ak Akababouira Tel : 05 24 78 38 60

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Possesseur Date 12/12/2022	Montant de la facture 794.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/12/2009		262027

[illegible]

VOLET ADHERENT

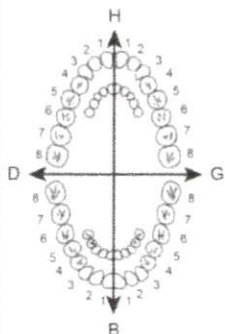
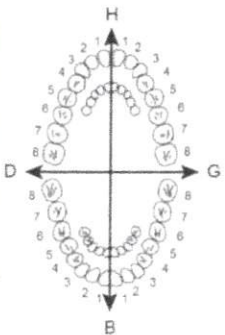
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

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

Dents
TraitéesDents
TraitéesDents
Traitées

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
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	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الأخوين
Clinique Al Akhawayn

DR LATIFA ALAHIYANE
Médecin Généraleiste
13, Av. Al Akaba Essaouira
Tél.: 05 24 78 58 60

Aboudner 1
25.10x2 = 50,20

10/11/2022

1 - FUSY 1
1 - 1 11 1 moi

pus 0-1-0 11 3 mois
283.00 x2 = 566,00
2 - chondroxy, gel.

20.50 x2 = 41,00 11 3 mois

3 - vit D 11 3 mois

12 100x3 = 36,00 11 3 mois

4 - 1 1 11 3 mois

DR LATIFA ALAHIYANE
Médecin Généraleiste
13, Av. Al Akaba Essaouira
Tél.: 05 24 78 58 60

70100
S- Teguma



2 opp x

t=7 94.00

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

LOT 2516¹⁰ PER 10/26

1 22.00

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 11800 1127 12 14
PPV: 283,00 DH

DR LATIFA ALAHYANE
Médecin Généraliste
13, Av. Al Akaba Essabouira
Tél. 05 24 78 58 60

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

LOT 2516¹⁰ PER 10/26

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 11800 1127 12 14
PPV: 283,00 DH

22.00 | 22.00 | 22.00

TEGUMA® 1%
Crème 30 g
6 118001 101078

PER: 07
PPV: 70.00 DH

FUMAFER 66 mg
100 comprimés
6 118000 180371

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 11800 1127 22 28
PPV: 20,90 DH

Cédor
20 Comprimés
6 118000 180913

ZENITH Pharma
N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 11800 1127 22 28
PPV: 20,90 DH

Cédor
20 Comprimés
6 118000 180913

Cédor
20 Comprimés
6 118000 180913

6 118000 180371



مصحة الأخوين
Clinique Al Akhawayn

DR. LATIFA ALAHYANE
Médecin Généraliste
13, Quartier des dunes, Av. Al Akaba, Essaouira
Tél: 05 24 78 33 87 - 05 24 78 58 60

02/2022
Lise Abouhere

- NFS

- creat.

- Acide urique

- GAT

LABORATOIRE ABDELKRIM
EL KHATAGI D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab
Doukkala Essaouira - 0524474800

4 mois

Dr. LATIFA ALAHYANE
Médecin Généraliste
13, Quartier des dunes, Av. Al Akaba, Essaouira
Tél: 05 24 78 33 87 - 05 24 78 58 60

FACTURE N° 13300/22

ESSAOUIRA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

05/12/2022
ABOUDRARE IJJA
22L520
Docteur ALAHYANE ABDELWAHAB

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
CREATININE SERIQUE	30
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
GLYCEMIE À JEUN	20
Total du (B)	B 160
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	260,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS**

LABORATOIRE ABDELKRIM
EL KHATABI D'ANALYSES
MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab
Dukkala Essaouira - 0524474800



NOTE D'HONORAIRES

ESSAOUIRA LE	12/12/2022	
PATIENT	ABOUDRARE IJJA	
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION –	Dr. LATIFA ALAHYANE	300,00 DH
TOTAL		300,00 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams		

Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes
boulevard Al Akaba - Essaouira
Tél: 05 24 47 31 44

DR LATIFA ALAHYANE
Médecin Généraliste
13, Av. Al Akaba Essaouira
Tél.: 05 24 78 58 60