

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025194 144196

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9112 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN BRIK Laila
 Date de naissance : 18-08-1989
 Adresse : 135 Bd Oued Sebou RESCHOROK
 APT 8/2^{ème} ETAGE
 Tél. : 0610859294 Total des frais engagés : 398,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AMINE Abdelkader
 Spécialiste des Maladies de
 L'appareil Digestif
 3, Bd. Mohammed V - Casablanca
 Tel : 05 22 27 22 82 / 27 5665

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M^{lle} BEN BRIK Laila Age : / /

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

Nature de la maladie : Digestive

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 : / / Le : 08 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : /

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/12	98,30

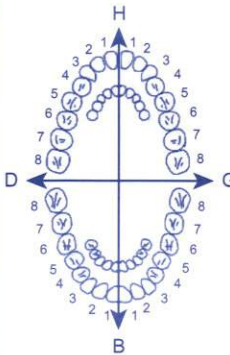
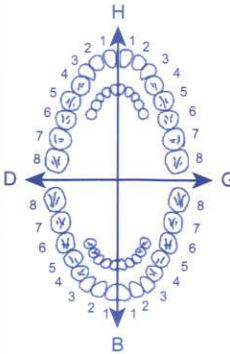
[illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMINE Abdelkader
SPECIALISTE

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE
de l'Université de paris
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65
CASABLANCA

الدكتور أمين عبد القادر
إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابقا بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير
و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73. شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 الفاكس : 05 22 27 56 65
الدار البيضاء

Casablanca, le 22/10/2022

Mme BENBRIK Laila

LOT 220742
EXP 03 2027
PPV 54.70

54.70
MEBEVERINE FORT CP / N°1

1 comprimé 3 fois par jour/ avant repas / 1 bte

22.60
SPASFON SUPPOSITOIRES / N°1

1 suppositoire par jour / 1 bte

21.00
LIBRAX CP DOGMATIL 50 / N°1

1 comprimé, le soir / après repas / 1 bte

LOT:22155 PER:11/2025
PPV:21.00 DH



Docteur AMINE
Spécialiste de
L'annee de
0522 27 22 82 / 27 56 65

98.30
www.docteuramine.com

dramine73@hotmail.com

**Docteur AMINE Abdelkader
SPECIALISTE**

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE
de l'Université de paris
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65
CASABLANCA

**الدكتور أمين عبد القادر
إختصاصي**

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابقا بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير
و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 22 27 56 65 : الفاكس 05 22 27 22 82

الدار البيضاء

Casablanca, le 22/10/2022

Mme BENBRIK Laila

INEXIUM 40 mg CP

1 comprimé le matin pendant 56 jours/ 25 à 30 minutes avant repas

PYLERA CP

N°1

3 comprimés 4 fois par jour ; toutes les 3 h , pendant 10 jours / 1 bte de 120 comprimés Après repas

9h a.m.-----12h-----3h p.m.-----6h p.m

Docteur AMINE Abdelkader
Spécialiste des Maladies
Digestives
73, Bd Mohammed V
Casablanca
Tél: 05 22 27 22 82 / 27 56 65

www.docteuramine.com

dramine73@hotmail.com