

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

- 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 15 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-701225

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 72-03-1975

Adresse : N°58, Rue 3, Quartier YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661 09 2135

Total des frais engagés : 451,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

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
30/12/2022		1	130 DH	INPE 092101005 Médecine Dentaire Avenue Mohammed VI Majorelle, Etg 1 Apt 1A Casablanca Cheikh Khatifa Tél: 05 22 91 06 32 / INPE: 092101005

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARAM Dr. DERI AZIZA otissement Youssra, Lot 15 ZOUHRI CASABLANCA Tél: 05 22 93 26 45	30/12/2022	301,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

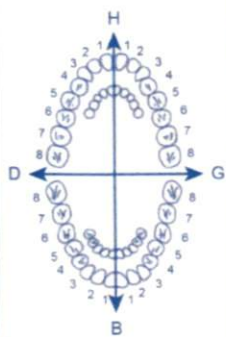
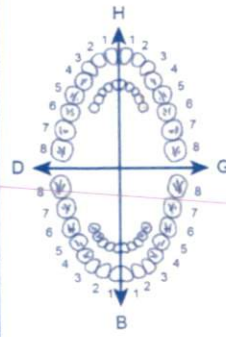
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Dr. CHOURKANI Hasna

Médecine de Famille - Diabétologie

Nutrithérapie - Amincissement

Dermatologie Interventionnelle

Esthétique Médicale



الدكتورة ش. كان حسناء

كري

يس

لتداخلية

ي

N°: 389/19 DMF/21/NRG
LOT: 22062 PER: 04/2025
PPV: 40,00 DH

PPV: 98DH00
PER: 11-24
LOT: K3288

Casablanca, le : 30/12/2022

M^{re} AMINE HADJAA

Dr. Hasna CHOURKANI
Médecine de Famille - Diabétologie
Avenue Mohamed Taieb Nacri
Majorelle, Etg 1 Appt 1 A côté de l'Hôpital
Cheikh Khalifa Casablanca
Tel: 05 22 91 06 32 / INPE: 091194456

55,00
LOT: 22CA0052
EXP: DEC 2024
P.P.C: 108,00 DH

98,00

1/ Zimax 100 mg

SV

110,00

1 - 0 - 1/6 mg

SV

2/ Lorix 5mg

1 - 0 - 0/100 mg

108,00

Apixmax DABHMOUS. 8R

SV

1 Gm x 3/100 mg

Dr. Hasna CHOURKANI
Médecine de Famille - Diabétologie
Avenue Mohamed Taieb Nacri
Majorelle, Etg 1 Appt 1 A côté de l'Hôpital
Cheikh Khalifa Casablanca
Tel: 05 22 91 06 32 / INPE: 091194456

55,00 en chéleu 100 mg
Dromyl 2R Ep

SV

1 - 0 - 1/5 mg

PHARMACIE MAJAM
Dr. DERI AZIZA
Lotissement Youssra, Lot 115
Zahid - CASABLANCA
Tel: 05 22 91 26 75

301,00

ORAPRED 20 mg 3 - 0 - 0/5 mg

شارع محمد الناصري إقامة الماجوريل شقة 1 الطابق 1، قرب مستشفى الشيخ خليفة - الدار البيضاء

Avenue Mohamed Taib Nacri, Résidence Majorelle Etage 1, Appt 1 (à Côté de l'hôpital Cheikh Khalifa) - Casablanca

Tél.: 05 22 91 06 32

E-mail : CabinetChourkani@gmail.com