

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-691108

147565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 907 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAM - RAM MUSTAFA
 Date de naissance : 21/9/1951
 Adresse : Cite KASSAM BLOU 208 M78
 Tél. : 06 17 00 46 06 Total des frais engagés : 1232,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2023
 Nom et prénom du malade : ELABENT LATIFA 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :


VOLET AD

Autorisation CNDR 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
27/01/23	U		200 DH	INP : 091076709

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.01.23	872,30
	27.01.23	16000

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	

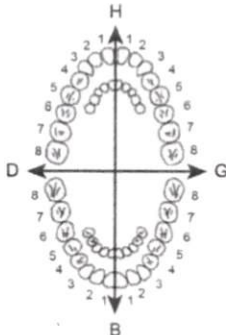
la fourniture de tous

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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>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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachida HOUMID BENNANI

Docteur en médecine

الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتورة في الطب



متعددة الممارسات

Casablanca, le: 27.1.23

- حائزة على دبلوم الفحص بالصدر
- حائزة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزة على دبلوم التغذية والحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزة على دبلوم داء السكري
- أمراض الأيض - السمنة
- الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج
- مراقبة الحمل
- خبيرة معتمدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الطبي خاص برخصة السياقة

ZABOUS LATIFA

159.90 x 3
Antemion 5/10

1 cpl x 34 ans

28.00 x 6
- glucophage 1000

1 cp x 2/ x 34 ans

22.40 x 3
Ascor del 7r

1 cpl x midi

78.70 x 2
- Digamion 60

1 cpl x 34 ans

872,30

درب الحرة شارع سيدي عبد الرحمان بلوك 208، رقم 85 - الحري الحسني

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N°85 - Hay Hassani

Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221665
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensibles

PPV 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 1

LOT N°:
EXP:
PPV:

159,90

LOT N°:
EXP:
PPV:

159,90

LOT N°:
EXP:
PPV:

159,90

78,70

78,70

Docteur Rachida HOUMID BENNANI

Docteur en médecine



الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتورة في الطب

Casablanca, le: 27-1-93

ZARGUT LATIFA

160,00 Benabell rachf.
cm. coll extra.

- متعددة الممارسات
- حائزقة على دبلوم الفحص بالصدر
- حائزقة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزقة على دبلوم التغذية والحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزقة على دبلوم داء السكري
- امراض الايض - السمّة
- الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج
- مراقبة الحمل
- طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الطبي خاص بخصة السياقة

- Omnipraticien
- Diplômée en Echographie
- Diplômée en Médecine du Sport
- Diplômée en Nutrition-Dietetique
Nutrition Fonctionnelle
- Diplômée en Diabétologie
- Maladies métaboliques - Obésité
- Gynécologie - Examen prénuptial
Surveillance de la grossesse
- Medecin agréée par le ministre
de SP pour l'examen medical
du permis de conduire

Docteur Rachida HOUMID BENNANI
Médecin Adressé par Le Ministère
de La Santé Publique
Derb El Houria, Bloc N° 85 - Hay Hassani
Hay Hassani - Casablanca
Tel: 0522 90 23 81



درب الحرية شارع سيدي عبد الرحمن، 208، رقم 85 - الحي الحسني
05 22 90 23 81 : الهاتف - الدار البيضاء

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N°85 - Hay Hassani
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81
E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com



PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C :171496
T.V.A :
Banque:
Tél :022.9031.00


Patente:35003900
C.N.S.S:1044081

Le 27/01/2023

FACTURE N°577796

Pharmacie NAIMA
ICE : 001596576000024

MME ZABOUJ LATIFA

Désignation	Quantité	PPM	Total
BANDELETTE ON CALL EXTRA B/50	1	160,00	160,00
			
Total =			160,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Soixante Dirhams.