

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 - 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

M22- 0039043

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05641 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSINE NOUR EDDINE
 Date de naissance : 14/07/1959
 Adresse : 199 Lotissement Amine Sidi Maârouf Casablanca
 Tél. : 0639987242 Total des frais engagés : 443,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA Abdel-All
Médecine Générale
 Expert Assermenté Auprès des Tribunaux
 Hay Najah - Sidi Maârouf Ouled Haddou
 Casablanca
 Tél. : 022.33.51.57

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2023
 Nom et prénom du malade : Hassine Nouredine Age : 63
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : Casablanca

Le : 30/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/01/2023 | C1 | | 150 DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AMINE SAK Lotissement Amine, N° 65 Sidi Maarouf - Casablanca Tel.: 0522 97 28 95 | 30/01/23 | 293,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

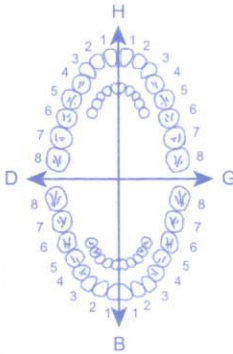
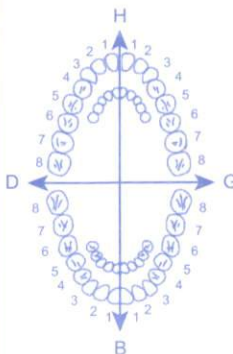
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BERRADA Abdel-Ali
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie

Expert Assermenté
 Auprès des Tribunaux

Hay Najah - Sidi Maârouf
 Ouled Haddou - Casablanca
 Tél. Cabinet : 05 22 33 51 57

الدكتور عبد العالي برادة

الطب العام
خبير محلف
أمام المحاكم

حي النجاح سيدي معروف - أولاد حدو
 الدار البيضاء
 الهاتف : 05 22 33 51 57

Casablanca le : 30 JAN. 2023

PHARMACIE AMINE SARL
 Leïla EL KOUHENE
 Lotissement Amine, N° 68
 Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél : 0522 97 25 85

14/01/23
 Hassine Noureddine

13/01/23
 Daliproux

01/01/23
 Daxi Clau

01/01/23
 Cahporol

01/01/23
 M Chipra

01/01/23
 Dermofen



PHARMACIE AMINE SARL
 Leïla EL KOUHENE
 Lotissement Amine, N° 68
 Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél : 0522 97 25 85

Dr. BERRADA Abdel-Ali
 Médecine Générale
 Expert Assermenté Auprès des Tribunaux
 Hay Najah - Sidi Maârouf Ouled Haddou

PPV:132DH00
PER:05-23
LOT:K1487

PPV:14DH00
PER:07/24
LOT:K212

PPV:40DH00
PER:07/25
LOT:L2309

OTIPAX

Lot. 3648
Per.: 04 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



PPV870830

87.30 DH