

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

N° M21- 0034703

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7648 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUGHMAT Abdelalim

Date de naissance :

Adresse : abdel.oughmat@gmail.com

Tél. : 0661244896 Total des frais engagés : 3080,00 M Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAJD EL ALAMI
شارع عبد الله السنهاجي في المثل 3 - الدار البيضاء
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Date de consultation : 17/01/23

Nom et prénom du malade : Mr. RAFIK Nina ep OUGHMIA Age :

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

Nature de la maladie : M.I.D

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 : 17/01/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
17/01/23	CS		200,00	
21/01/23	Ch		926,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



21-01-23

3083,00

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

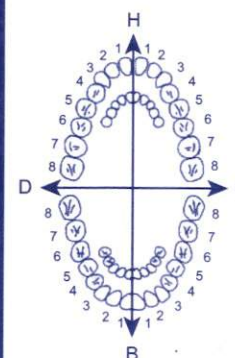
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT 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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR MAJD EL ALAMI
Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)
D.U Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلمي
الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا
شهاد جامعية في الحمية و امراض التغذية
السكك، السمكة الكولسترول

Casablanca, le : 21/01/23 بيضاء في:

Mr - RAFIK Nina ep OUBHN

6880x3

Amarel 4mg

3900x3

GALVUS met 50/1000

27mgx3

Ado 1g

5420x2

AMI

Toune Aoy

Alopar Aoy

Omg 2mg

Profend 100mg

41,70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boite de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

LOT : 1109
PER : 10/24
PPV : 57,80
PER : 1109
PER : 10/24
PPV : 57,80 DH

81,40

81,40

Sandettes Anchock

135,00 x 4

faine 2 flg 1 pot 3 mois

3080,00



محمد العلمي
Dr. MAJDE
دكتور في الصيدلانية
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay E
Tél : 05 22 28 34 19 / G

(01) PPC: 135,00Dhs

(01) 0 PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

(01) 0 PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

(01) PPC: 135,00 Dhs

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH