

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.

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- 0040389

160292

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RKM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAHRA ALI
Date de naissance : 08.02.1953
Adresse : BP 4002 derb Sefrane et Pida derb
Sidna Casablanca
Tél. : 0661215930 Total des frais engagés : 297,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 20 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

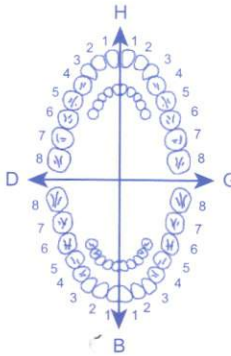
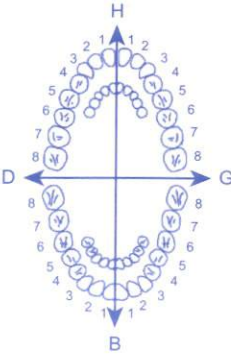
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>																																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> 00000000 11433553 </div> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </td> <td style="text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> MONTANTS DES SOINS </td> <td style="text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" rowspan="4" style="padding: 5px;"> DATE DU DEVIS </td> <td rowspan="4" style="text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" rowspan="4" style="padding: 5px;"> DATE DE L'EXECUTION </td> <td rowspan="4" style="text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="3" style="height: 20px;"></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> 00000000 11433553 </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 90%;" type="text"/>				DATE DU DEVIS		<input style="width: 90%;" type="text"/>													DATE DE L'EXECUTION		<input style="width: 90%;" type="text"/>									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> 00000000 11433553 </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 90%;" type="text"/>																																							
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 90%;" type="text"/>																																						
				DATE DU DEVIS		<input style="width: 90%;" type="text"/>																																						
				DATE DE L'EXECUTION		<input style="width: 90%;" type="text"/>																																						

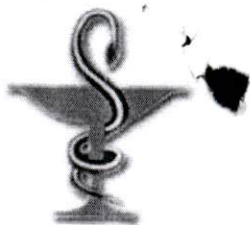
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE NABILA

13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN

R.C :

Patente:31917074

T.V.A :

Tel : 02 63 69 09

Le 14/02/2023

FACTURE N°78506

N° ICE :

N° IF :

BAHRA ALI

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	URISPAS CO 30U	62,50	187,50	12,27	7,00
1	CONTIFLO CO 0.4MG 30G LP	109,70	109,70	7,18	7,00

LOT 222712 1
EXP 08 2025
PPV 62.50

LOT 220978
EXP 04 2025
PPV 62.50

LOT 222712 1
EXP 08 2025
PPV 62.50

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



PHARMACIE NABILA
Reception de la livraison des médicaments
13 Lot Ghizlane Anle B. El Fouarate
et Oulad Ziane - P.O. 63 69 09

TOTAL T.T.C :

297,20

Nbr Articles

TVA 7% Base :

297,20

Montant :

19,45

TVA 20% Base :

Montant :

Arrêté la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quatre-vingt-dix Sept DIRHAMS et 20 centimes.

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BOUTRAS Ali

Matricule :

4673

N° CIN :

Adresse :

B.P. 4002 JNF suite 2627 dal 3rd - CM

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

09 M. El Mehdoui
Pr. MEZIANE El Mehdoui
Chirurgien - Urologue
14, Rue Tahar Eddine - Casablanca
Tel : 05 22 27 12 40

Certifie que Mlle, Mme, M.

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Prostate chagrin

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- CONTI PRO 0,4mg
- Impos

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CM

le

01/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant

Pr. MEZIANE El Mehdoui
Chirurgien - Urologue
14, Rue Tahar Eddine - Casablanca
Tel : 05 22 27 12 40



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées