

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- 0058867

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6402

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKERZOLAH DRISS

Date de naissance : 09-02-1965

Adresse : 55 RUE 11 LOT EL WAHAA 1 DEROUA

Tél. : 06 73 72 54 31 Total des frais engagés : 260 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2023

Nom et prénom du malade : HANAN KHADISA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE SUCRE

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 : CAS

Le : 12/02/2023

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
01/2/23	C2			
08/2/23	C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ 50 Lot 2 Deraoua Tel: 06-42515869 INPE: 062071030	08/02/23	960,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

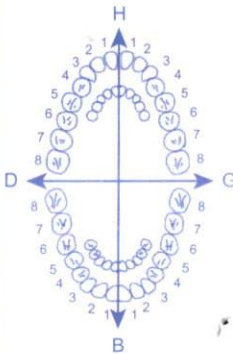
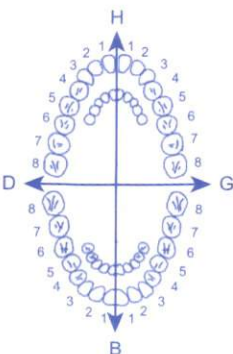
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAQUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

السكري ومرض الأيض

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 08/02/23

Mr HAN RANG Khedija

200g x 48 Delite - le 01/02/23

111,00 x 5

Supplément

Humalog 50 multi pos

PHARMACIE ELFA
150 Lot Khedija 2 Deroua
Tél: 0522515863
INF: 062071070

28,00 x 3

2 1/2 art LP

2 8 1/2 art Diner

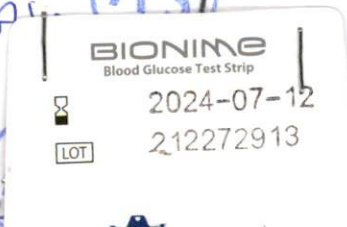
- Glucophage 1200

29,90 x 2 1/2 supps.

- Vite 3 Bon

Traitement de 3

T = 960,80



Dr. ARBAQUI BATTAL FATIHA
ENDOCRINOLOGIE
NUTRITION
Jawhara, 150 Route de l'Oasis
Casablanca
Tél: 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax: 0522 23 25 06
En cas d'urgence: 0663 43 95 48
Patente: 091046169 - IF: 401444221 - ICE: 001714969000048

إقامة جوهرة, 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

212283115

2024-08-15

BIONING
Blood Glucose Test Strip



Maroc Diabète Plus
64 Abou Assail
Casablanca
Morocco



2022-06-21
212070901

BIONING
Blood Glucose Test Strip



Maroc Diabète Plus
64 Abou Assail
Casablanca
Morocco



Maroc Diabète Plus
64 Abou Assail
Casablanca
Morocco

vitamine D3 B.O.N.* 200 000 000 IU/ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II
قائمة II - قائمة II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

BIONING
Blood Glucose Test Strip

2022-06-21
212070901



Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II
قائمة II - قائمة II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH



Humalog® Mix50 100U/ml, Kwikpen
Boîte de 1 spray de 3 ml.
B.P. N°1: 27182 Boulevard, Maroc
SOTHEMA
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NNPR

Dentheur
El Lilly Ne
Papier
Paye Bas
Tribunal
Laboratoire
27182 Bo
Fabricant
LILLY PHA
2, Rue du
67540 Fe
El Lilly Ne
Me Grans
67110 Sain



Humalog® Mix50 100U/ml, Kwikpen
Boîte de 1 spray de 3 ml.
B.P. N°1: 27182 Boulevard, Maroc
SOTHEMA
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NNPR



Humalog® Mix50 100U/ml, Kwikpen
Boîte de 1 spray de 3 ml.
B.P. N°1: 27182 Boulevard, Maroc
SOTHEMA
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NNPR



Humalog® Mix50 100U/ml, Kwikpen
Boîte de 1 spray de 3 ml.
B.P. N°1: 27182 Boulevard, Maroc
SOTHEMA
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NNPR



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés