

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Veuve Moustahsine TIBARI
154209

Déclaration de Maladie : N° S19-0049698

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0011875 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUSTAHISINE TIBARI Date de naissance : Dec 2014
Adresse : JNANE LOUZ - LARA - oulfa
Tél. : 0678917070 Total des frais engagés : 732,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 MAR. 2025
Nom et prénom du malade : DANIN Khadija Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dermatose
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) :

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
13 MAR 2023	C		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/3/23	432,40

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

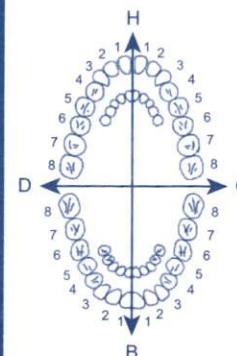
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتر

إختصاصية في الأمراض

الجلدية والتناسلية الحساسة

وعلم التجميل والليزر

Casablanca, le :

15 MAR 2023

Que DANIR Khadifé

1/ preparation : N° 10484
Serum bicarbonate 125
solupred ou Cotipred 20 up
5 cp
Daktarin gel 1 tube
257, 40
S.P. A.S.
1 am x 3
bayarim

452 عبد المومن سنتر، زاوية أنوال - عبد المومن، شقة رقم 208، الطابق الثاني فوق السي وايكيكي، الهاتف : 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / النقل : 0661 50 63 99 / الفاكس : 0522 86 53 73

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual - Abdelmoumen, Appt N° 208, 2ème étage au dessus de LC WAIKIKI

Tél.: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

البريد الإلكتروني : zouhair.kawtar@gmail.com

53,00 2/

Daktarin gel

(S.V) 2 flas 5 x 15j

23,00

3/

pansoral

(S.V)

1 amp x 2j

99,00

4/

(S.V)

Relaxin 375 mg

1 fl de 5 ml

432,40

Professeur ZOUHAIR KAWTAR
452, Angle Anoual 17 - 0661506399
Tel : 05238622317 - 0661506399
Fax : 052386373
Dermatologue
Elmoudjen, Apt 208


Maphar
Bd Alkima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00
6 118001 180745

LOT : 22E005
PER : 05 2026
PANSORAL
GEL BUCCAL T15G
P.P.V : 23DH00
5 118000 012078

LOT: 220709
DLIO: 09/2025
99,00 DH

CNSS:6065529 R.C:258208 PATENTE:34809593 I.F:51215695 TEL:05 22 94 65 30 FAX: ICE:000497940000014 INPE:092042654

Client.....:MME DAMIR KHADIJA
ICE.....:
Date.....:13/03/2023
FACTURE.....N°: 10

 **PHARMACIE MILAD**
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - CIT
Tél: 0522.04 65 30-CASABLANCA