

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- 0026497

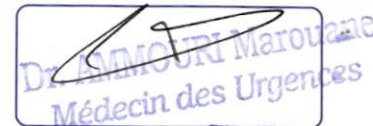
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ECHCHERKI Omar
Date de naissance : même adresse 1945
Adresse : même
Tél. : 0522 911581 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2023
Nom et prénom du malade : OUCHAN Aicha Age:
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : colopathie fonctionnelle
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 : Le : 21/4/2023
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
31.03 2023	Csg domiale		300,	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	<p>Date</p>	<p>S. CHALAK Haj Nassar Docteur en Pharmacie 55, Av. Oued Sebou - El Oulfa Montant de la facture Tél / Fax : 05 22 90 53 45</p>
<p>CE : 00154</p>	<p>31/03/23</p>	<p>CASABLANCA 480,90</p>

Date	55 Mont. Queda Sebaou, El Oulfa Tél / Fax : 05 22 90 53 45 GASABLANCA 02154146800057
31/03/23	450,90

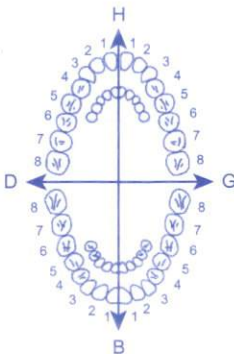
[illegible][illegible][illegible][illegible]

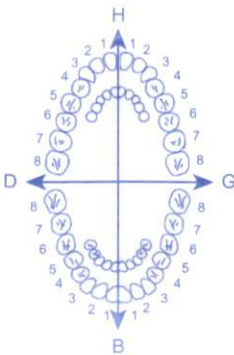
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

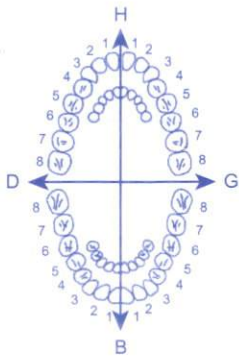
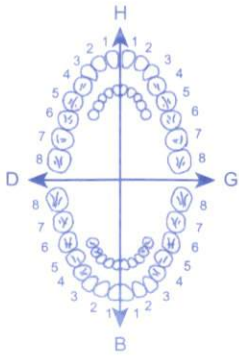
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>3553341111433553G</div><div>B</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			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

LOT : 155
PER : 01/26
PPV : 64,20 DH



6 11800

ANCINE Plus
30 comp
NEOFORTAN 160 mg

PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT ZN034 6

LOT : 220616
PER : 08/2025
PPV : 79,50 DH

LOT : 155
PER : 01/26
PPV : 64,20 DH

LOT : 220870
PER : 11/2025
PPV : 79,50 DH

LOT : 155
PER : 01/26
PPV : 64,20 DH

Pompe funèbre musulmane • Secours et infirmier à domicile
Événements • Vente et location de matériel

ORDONNANCE

Fait à : Che / Le 31.03.2023

OU CHAN Aicha

1 Carboxane 45

79,50
x2

1 cp x 3 j

10 jours

2 Nefortan 160mg 45

98,80

1 cp x 3 j

05 jours

31 AUCHEVELIPUS 50mg/120mg

64,20
x3

1 cp/j - 3 jours

PHARMACIE AL OUADE
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oues Sedou - El Guita
Tél/Fax 06 22 90 53 85
Casablanca
ICE : 000130714000067

Dr. AMMOURI Marouane
Médecin des Urgences

PHARMACIE AL OUADE
S. CHALAK Haj Nasser
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oues Sedou - El Guita
Tél/Fax 06 22 90 53 85
Casablanca

SERVICE 24/24H ET 7J/7

ANGEL BO ABDELMOUMEN ET SOUMAYA RES SHEHRAZADE3, SEINE ETAGE N°22
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522272739/0668703681 E.

MAIL : Najd.assistance@hotmail.com

PATENTE : 34773677 - RC : 330517 - IF : 15266886 - ICE : 000130714000067