

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° W21-802325

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13192 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRAN EL DRISSI EL NOHOI

Date de naissance : 19/12/1930

Adresse : 164577

Tél. : 0777777788 Total des frais engagés : 654,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attitré et du Paiement des Actes
12/05/23	CS		300.000	INF INPE 091262980
19/05/23	Control		Gratuit	DCE 003851047000058 Hépatogastro-Entérologie Proctologie 275 Rue ASSAOUZIA Village Pilote

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-5-23	354,90

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

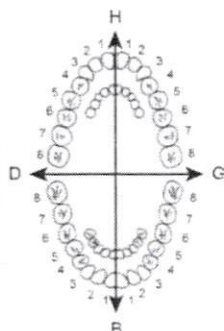
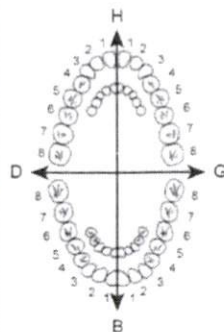
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie

د.سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

Casablanca, Le 13/05/2027

MR BERRAMI EL IDRISSE EL MEHDI

1. IPSIUM 200 MG (7jrs)

1 cp 2 fois par jour 30 min avant repas

2. SEPCEN 500 MG (3 jrs)

1 cp 2 fois par jour au milieu du repas

3. IMODIUM 2MG (Si diarrhée)

2 cp en une seule prise

1 cp 2 fois par jour après repas si diarrhée

4. ULTRALEVURE (10 jrs)

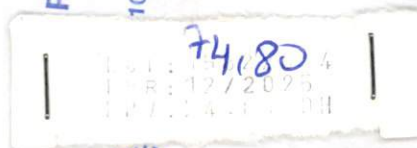
1 gélule 2 fois par jour après repas

5. ANTISPA (7 jrs)

1 cp 2 fois par jour avant repas



PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDIA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 Dar Bouazza
Tél : 05 20 13 28 69
INPE 092104645



Dr. ABOUELHAK Sara
Hépatogastro-Entérologue Proctologue
275, Rue ASSAOUdia, Village Pilote
Dar Bouazza - Casablanca
Tél.: 06 76 12 24 71

275, Rue Assaoudia, Village pilote
(à côté de l'école " le village ") Dar Bouazza.

275, زنقة السعودية, القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0522 2004 77 / 0676 12 24 71: الهاتف
E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني

06.56.10.36.62

LOT 224028 1
EXP 11 2024
PPV 40.00

Lot :
الرقم

Fab :
المصنع

EXP :
التاريخ

1043 05 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

05 2025

Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie



د.سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

19/05/2023

Casablanca, Le.....

MR BERRAMI EL IDRISI EL MEHDI

1. CURCUFLEX (7jrs)

1 cp 2 fois par jour après repas

2. DUOXOL CP (7 jrs)

2 cp 2 fois par jour après repas

Dr. ABOUELHAK Sara
Hépatogastro-entérologue Proctologue
275, Rue ASSAOU디아, Village Pilote
Dar Bouazza, Casablanca
Tél.: 06 76 12 24 71

275, Rue Assaoudia ,Village pilote
(à côté de l'école " le village ") Dar Bouazza.

275, زنقة السعودية, القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0522 29 04 79 / 0676 12 24 71: الهاتف

E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني

06.50.10.36.62