

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

- Reclamation : 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° W21-714068

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : AF 5458

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RIDA OUI RACHIDA

Date de naissance : Habituelle

Adresse :

Tél. : 0666 274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2023

Nom et prénom du malade : RIDA OUI RACHIDA

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : ACCUEIL 16 JUN 2023

Signature de : El Farah Casablanca

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 attestant le Paiement des Actes
10/06/2023			300	Dr BERRADA ISANE Spécialiste de l'Appareil Digestif 255 25 May El Farah Casablanca Tél : 05 22 81 50 82

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAHABAD André ACHOUR 61, Av. des F.A.R. - Casablanca Tél : 05 22 31 10 40 - 05 22 31 10 43	10/06/23	373,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. BERRADA HHSANE

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif

Foie - Vésicule Billaire - Estomac
Intestin - Hémorroïdes - Endoscopie

Endoscopie - Proctologie
Diplôme de la Faculté de médecine
de Casablanca

Medecine ancien de l'Hopital
Mohamed SEKKAT

Membre de la société française de Gastro
Enterologie et d'Hépatologie



الدكتورة براءة إحسان

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

وجراحة البواسير

الكبد - المرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي - بالأمواج الصوتية

وجراحة المخرج

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة سابقة بمستشفى محمد السقاط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Ordonnance

Casablanca le

23/06/2023

M^{re} RIDANI RAHDA

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 4

1) Effipred 20 mg
30 t à 19h30

4000

LOT: 220137
PER: 03-2025
PPV: 16,00DH

2) TITANO-RODNE 16.00
16.00
19.30
19.30

3) Dafflon 500 mg
20 x 2 t

122.70
122.70

LOT: 220933
PER: 06-2025
PPV: 19,30DH

122.70
122.70

شعيب الدكالي حي الفرج (فرج صيدلية الفرج) - الدار البيضاء - رقم العيادة : 05 22 81 50 82
253, Bd ABA CHOUAIB DOUKALI - HAY FARAH (au dessus de pharm
CASABLANCA - TÉL. Cab. : 05 22 81 50 82

52.80

4) *elle p 20*
1u 15 60m 1u 5



5) *kal 0834*
1u 0u

LOT 211482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

Dr BERRADA IHSANE
Spécialiste de l'Appareil Digestif
253. Bd. Aba Chouaib Berkali
Hay El Farah Casablanca
Tél: 05 22 81 50 82

$\tau = 373.50$

PHARMACIE MARIABA
André ACHOUC
61. Av. des F.A.R. - Casablanca
Tél: 05 22 31 10 40 - 05 22 31 40 40