

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- 0006513

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RHOUFACHA NOUREDDINE

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

CHERAM 3 MM 77 APP3 Me 2 ATTA DAMOUN
ELOULFA

Tél. :

Total des frais engagés : 2681,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/07/2023

Nom et prénom du malade :

Dr. Roufacha Noureddine

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 06/07/2023

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
04/07/23		2	25,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	04/07/2023	21,875

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

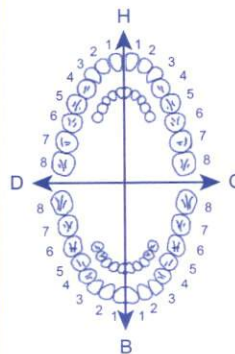
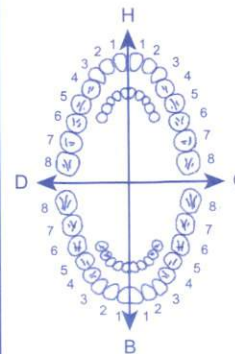
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	04/07/23			x4		40,-

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

Dr. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهدي

**SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION**

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في أمراض الغدد و الأيض أثناء الانتفال إلى مرحلة البلوغ، باريس.

Casablanca Le : 04/07/23

ORDONNANCE MÉDICALE

Mr Barbacha Noureddine

LOT : 22E093
PER: 02 2025
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40
6 118000 010494

45,40

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Duphalac (1100g)

1 ca S + 31j

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

1 ca S + 21j

pat 57j

pat 7j

Dr. TALEB EL HOUDA F.Z.
Spécialiste en Endocrinologie
DiabétoLOGIE et Maladies Métaboliques
N°48, 1er étage, Chaahdia, Oulfa - Casablanca - Tél: 05 22 10 41 59

05 22 10 41 59 elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point
Chaahdia, Oulfa, Casablanca

255

Align 75g (cop)

N=3777

16/04/2025

30

Lot: 22L360
 Exp: 08.2025
 PPV: 255DH00

36

4) Osmolat (cop)

36,00

HYDROXOCOBALAMINE BASE
 PPV 58DH50

1c25+2j

58,50

Hydroxocobalamin

PHARMACIE SARANAZ
 S.A.R.L. A-U
 140 Lot Smiraldia Lissasfa
 Casablanca 65 20 07

6 118001 031092
 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

3x 390,00

1mg / j

Galvus et Solbas (cop)

6 118001 031092
 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

3x 8280

PPV 82 DH 80

O - A - A

apô agan
apô aien

PPV: 82 DH 80

Cancriplex

PHARMACIE SARANAZ
 S.A.R.L. A-U
 140 Lot Smiraldia Lissasfa
 Casablanca 65 20 07

AMAREL 3MG
 CP B30
 P.P.V : 92DH10
 6 118000 060017

AMAREL 3MG
 CP B30
 P.P.V : 92DH10
 6 118000 060017

AMAREL 3MG
 CP B30
 P.P.V : 92DH10
 6 118000 060017

AMAREL 3MG
 CP B30
 P.P.V : 92DH10
 6 118000 060017

4x 9280
 218470
 Lot Smiraldia Lissasfa
 Casablanca 65 20 07
 Tél/Fax: 65 20 07

58,16 Etage Rue
 Oulfa-Casablanca-Tel/Fax

30