

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 073719

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 434 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEFTAH FOZIA Vne MECHOUR
Date de naissance :
Adresse : HABIT
Tél. : 0651912023 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2023
Nom et prénom du malade : MECHOUR HAMZA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Trouble psychiatrique
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 : 107/2023
Signature de l'adhérent(e) : Le 10/07/2023

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

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
06.07.2023	CS	1	400 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/2023	1287.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

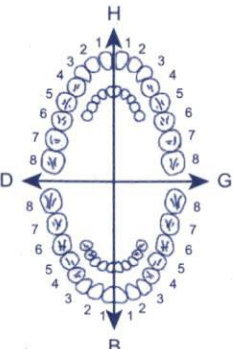
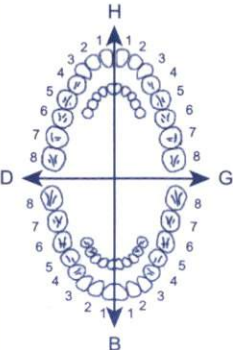
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr Noura KADIM



د: نورة قديم

Psychiatrie adulte
Addictologie
Psychogériatrie

الطب النفسي العصبي
علاج الإدمان
الطب النفسي للمسنين

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بريكمان بيروكسيل

- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 06/07/2023

M^{re} MECH HOUR Hamza

167.4012

1) Medizap - 1 - 01.

295.0080 - 00 - 01.

2) Alpenal 400 - 01.

1/2 - 00 - 01.

67.00 3) Teralite 250 - 1/2.

00 - 00 - 02 et 1/2.



III de 2

1287,40

Dr. Noura KADIM
Psychiatre
52, rue Socrate Rési. Islam
Etage 2, N°4, Maarif Casablanca
GSM: 06.12.02.65.28

52, Znfce سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 (أمام وكالة الضمان الاجتماعي) المعاريف - الدار البيضاء
52, Rue Socrate, Résidence Islam 2^{ème} étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 98 23 80 - GSM: 06 12 02 65 28 - E-mail: kadim.noura@gmail.com

MEDIZAPIN® 5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150946

LOT : 054
PER : AUT 2025
PPV : 167 DH 40

PER : AVR 2025
PPV : 167 DH 40



MEDIZAPIN® 5 mg
30 comprimés ○

295,00

ALPERIDE® 400 mg ○
AMISULPRIDE

30 comprimés sécables



6 118000 121084

295,00

ALPERIDE® 400 mg ○
AMISULPRIDE

30 comprimés sécables



6 118000 121084

ALPERIDE® 400 mg ○
AMISULPRIDE

30 comprimés sécables



6 118000 121084

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Teralithe 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH



6 118000 060895