

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

M22- 0040261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8141 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MABROUK TAOUFIC
Date de naissance : 14-09-1970
Adresse : RESIDENCE ANWADA Benachuel
Tél. : 060067743 Total des frais engagés : 416,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/07/2023
Nom et prénom du malade : EL MABROUK TAOUFIC Age :
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 : CASA Le : 27/07/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU RIF Dr KSIKES Nadia 306, Av. Med VI - Casablanca Tél. : 05 22 28 12 87 I.C.E : 800000642000004	18.07.23	216,50 DH

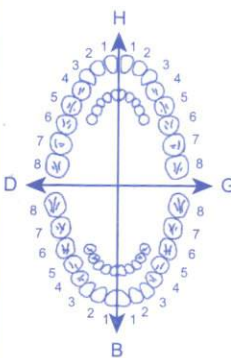
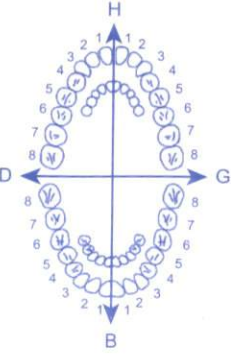
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>																						
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>																						
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">H</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">D</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: right;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">B</td> <td style="border: none;"></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

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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Brahim Amzil

Médecine Générale

Cabinet Médical

173, Rue Saint Laurent

"Garage Allal" - Casablanca

Tél. : 05 22 81 29 97 - Fax : 05 22 28 74 40

الدكتور البراهيم أمزيل

(الطب العام)

العيادة

173، زقاق سان لوران

كراج علال - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 81 29 97 - الفاكس : 05 22 28 74 40

Casablanca, le

10.07.2023

الدار البيضاء في

7^{le} - EL NABROUK. Kerge,

70,60

1/ - Ofloct. Auricul.

1

14,50

2/ Paradol Cr

1

1

1

cp r

51,70

3/

Aerius

suppl. lbr

(K)

INPE: 092050657

PHAF ACIE DU RIF

Dr. SIKES Nadia

306, Av. Méd. Casablanca

Tél. : 05 22 81 29 97

I.C.E. : 050500000000000004

DR. BRAHIM AMZIL
MEDECINE GENERALE
173, Rue Saint Laurent
Casablanca 05 22 28 74 40
Fax : 05 22 81 29 97

79.70

Zithromax 500

rep l & cp up

216.50

Dr. Brahim AMZIL
MEDECINE GENERALE
173, Rue Saint Laurent Garage Allat
Casablanca
Tél: 0522 81 23 07 - 0522 20 98 74 40

INBE: 03020208

Panadol 500 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 161141

UT.AV.: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: G J 8 5 9 5

093660

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

LOT: 0109

PER: FEV 2025

PPV: 14 DH 50

Lot/Batch:

Fab./Mfg.:

EXP.:

10035

10/2022

09/2025

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Oflozet 1,5 mg/0,5 ml sol

auriculaire b20

P.P.V: 70,60 DH



6 118001 080571



64ETUS006/8

LOT: 110-2

PER: NOV 2024

PPV: 51 DH 70

AERIUS 5 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 050117