

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

M22- 0049710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 113 Bd Omar Pacha Ess 20 APT 20 Casablanca

Tél. : 06 26 30 19 02

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/1/2023

Nom et prénom du malade : Bouabid Zahid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : 17.07.2023

Le : 17.07.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049710

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLEL HAFID
 Dr. d'Etat en Médecine G.le
 30, Bd. d'Alsace Casablanca
 05 22 20 28 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
 80, Bd. de la Liberté
 Casablanca
 Tél. : 0522 31 33 94

11/10/2023

180,75

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

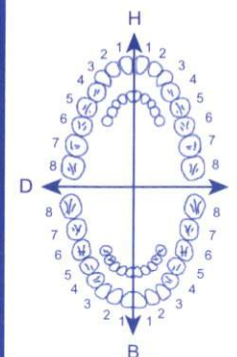
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

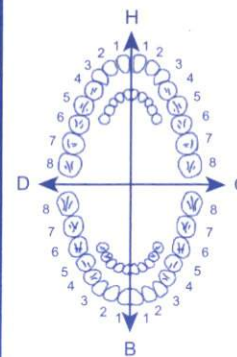
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
CERTIFICAT DE LA FEDERATION
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.
ECHOGRAPHIE
HOLTER TENTIONNEL
ECG

الدكتور حفيظ أوخليف

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية
عضو منتسب للجمعية الفرنسية
و الأوروبية لأمراض القلب
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الزناد
الأوروبي للأطباء الأخصائيين
الكشف بالصدى (إكوغرافي)
هولتير الضغط الدموي
تخطيط القلب

Casablanca, le

14/4/2012

Bou Abd Zoulay

فيلد
16.0
2/4/12

الإمارة

2/4/12

2/4/12

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél.: 0522 31 33 94

35.70

INP 092050244

180.70

Dr. OUKHLIFT HAFID
Dr. d'Etat en Cardiologie Gie
Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. 05 22 30 26 23

Alpraz[®]

Alprazolam



LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

0,5 mg



28 Comprimés sécables
Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

OEDDES[®]

oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	


COOPER
PHARMA

Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

LOT 222732 1
EXP 08 2027
PPV 46.00

