

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0056249

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM 17694
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAATOUIQUI Mohamed
Date de naissance : 1956 Casablanca
Adresse : G.T. Rue 105 N°6 OULFA CASABLANCA
Tél : Total des frais engagés : 569,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/2023
Nom et prénom du malade : MAATOUIQUI Naga Age : 64 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Connectivite
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 : 20/09/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

détailé raires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
DIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/2023	569,30

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		EXECUTÉ
		20/09

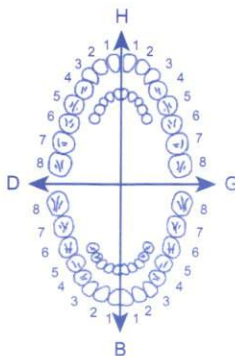
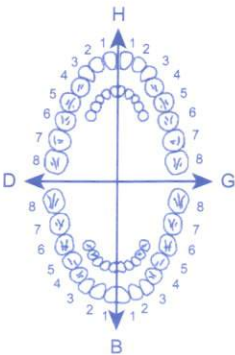
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

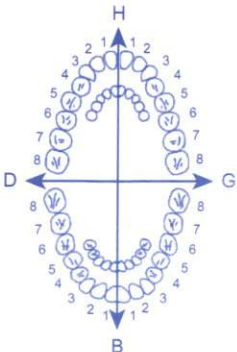
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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		
<p>The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the center. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the center. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the top center, and another vertical arrow labeled 'B' points downwards from the bottom center. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the middle, and another horizontal arrow labeled 'G' points to the right from the middle.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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 L'EXECUTION

Cabinet de Médecine Interne

Dr. Sanaa EL HERRAR

**Spécialiste en Médecine Interne,
Maladies de Système et auto-immunes,
Maladies Rhumatismales,
Maladies des os et des articulations,
Gériatrie, Check-up médical.
Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca,
Paris Descartes, PMC et Bordeaux.**



Ordonnance

الدكتورة سناء الحرار

**أخصائية في الطب الباطني
الأمراض المجموعية وأمراض المناعة الذاتية،
أمراض الروماتيزم، العظام والمفاصل
طب المسنين وأمراض الشيخوخة.
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
مجازة من كليات الطب بفرنسا**

**Casablanca, le 20/09/2023
Mme. MAATOUQUI Najia**

1/ CUROGYL D3
15 gouttes/j pdt 4 mois

89,50

2/ FITOFER GÉLULE
1 gélule/j le matin pdt 4 mois

3/ DUOFLEX GÉLULE
1 gélule/j le soir pdt 4 mois

220,00

4/ OCULARM
1 gouttes*3/j (2B)

129,90 x 02

= 569,30

A consommer de
préférence avant le :
PPC : 89,50 DH

DUOFLEX 30 GÉLULES
LOT : 220002
PER : 03/2025
PRIX : 220 DH

Ocularm® 0,15 % OSD
Hyaluronate de sodium 0,15 %
Collyre 10 ml

PPC : 129,90 DH
6 118002 060015

Ocularm® 0,15 % OSD
Hyaluronate de sodium 0,15 %
Collyre 10 ml

PPC : 129,90 DH
6 118002 060015

**Pharmacie AL ADARISSA
AADIL LOUBNA
Dr. en Pharmacie
Bd. Al Adarissa N°49 Lotissement
Jnnanate Sidi Maarouf Ould Had
CASABLANCA
Tél: 05 22 32 32 32**

Dr. Sanaa EL HERRAR
Spécialiste en Médecine Interne
40, Rue des Hôpitaux, Immeuble les Roseaux,
3° étage N° 12, Casablanca.
Tél: 05 22 49 11 86