

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'H-
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

M23-013406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : NAJEM A.D
Date de naissance : 16-05-1957
Adresse : TISSIR II Rue NAZIK AL MALAKA
BENRECHID
Tél. 06113614669 Total des frais engagés : 152,90 + 112,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 01/08/23
Nom et prénom du malade : 
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : M
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☒ RPathologie
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/10/2023

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

24/08/23

G



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAC
1,3,5 Rue Ila Abou Mad
BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

24/08/23

152,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

21/08/23

24/08/23

ZAS

112,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

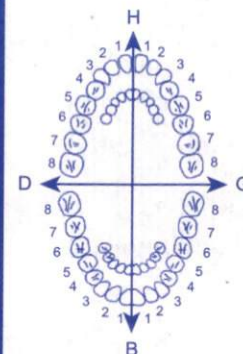
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

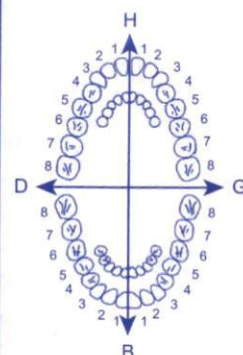
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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



FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

MG35

Cod. ANAM : 060004819

N° Compte Courant

Facture Consultation Numéro : 2 023 / P / 11 274

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 25 079

N° Consultation : 67 329

Nom et prénom : MALIKA DEBBAR

CIN : BE301017

Adresse : BERRECHID

Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADIO

Spécialité : RADIOLOGIE

Type de consultation : EXAMEN RADIOLOGIQUE DU COUDE

Débiteur

PAYANT

Date

Date de consultation : 24/08/2023 22:22:22

Montant : 112,50 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

24/08/2023 22:22:48

Facture Etablie Par Personnel N° : CHOLAH

Signature du responsable :



24/08/23

73,80



1705 20 → 02
20 15



57,50



3 rem-20



22,40

- 1 Cédol

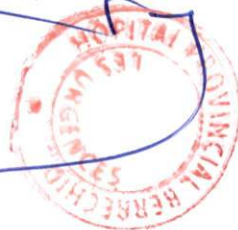


Dr. Nabil HICHI
MEDECIN GENERALISTE

152,90

fruits
de la tête
rouge

- AV-S Tra



IXOR 20 mg 14 effervescent
LOT 2N025
EXP 02/2025
PPV 73DH80

IXOR 20 mg
14 comprimés effervescent
6 118000 032793

LOT 22003
FER MAI 25
PPV 57DH10

Brexin 20 mg
10 sachets
PROMOPHARM S.A.
6 118000 240174

Cédol
20 Comprimés
6 118000 180913

22,00

Pharmacie ALAFAR
1.3.5 Rue Ila Abou Maé
BERRECHID
Tel: 05 22 33 64 01

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID
HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE :

ORDONNANCE

D = DAZ
NACIKA

Ne coule

7/15

Dr. Nabil
MEDECIN GENERAL

Royaume du Maroc
Ministère de la santé

Quittance:

Délégation provinciale de berrchid
Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

00116535

Reçus de M

La somme de

Matika Debbar
centrauze DH cinquante centime

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
215 NCG 4329/23		12,6
TOTAL		

Cachet du

Service

le 24/08/2023

Signature

Régisseur