

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

M23-008596

180453
☐ Autres

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9215 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAHIM ZITOUNI
Date de naissance : 1949
Adresse : BOUSKOURA
Tél. : 0637944279 Total des frais engagés : 668,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/10/2023
Nom et prénom du malade : Boulouard Samira Age : 11/03/1967
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ST2
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : ST2
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 politique relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/10/23

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
25/10/23	C		200 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Assamad, sarl au Dyar Dakhamo Gr 5 mm 24 N° 18 - Bouskora GSM: 06 64 64 67 50	25/10/23	468,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

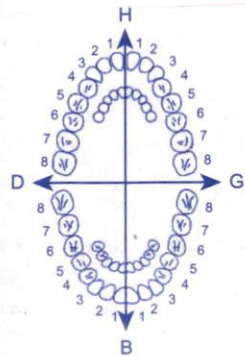
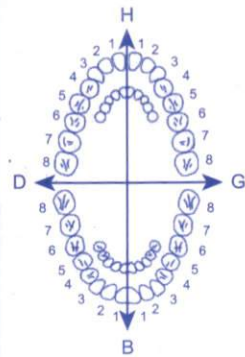
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 COEFFICIENT 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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Salwa KHIAYT

Omnipraticienne

Du en Diabétologie de Bordeaux : Diabète
Régime, Obésité, Maladies du Cholestérol
Du en Nutrition Clinique (à Rabat)
Du en Echographie Générale (à casa)
Spécialité en Médecine du Travail (Rennes)
Certificat de Médecine d'Urgence (CHU Casa)
Du de gynécologie Médicale et fertilité

الدكتورة سلوى خياط

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

دبلوم التغذية الكلينيكية

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم طب الشغل

دبلوم أمراض النساء و العقم

Casablanca le : 25 10 2023 : الدار البيضاء في

33,80 1'S Boulevard Samira

- Alprotophni one

49,60 1'S

- D-ane fntap.

118,50 1'S 1/1 mois

200 200

26,50

1'S

Pharmacie Assamad sari

Dyar Dakkhoua Str 5 Imim 24

NS 18 - Boukhouja

GSN : 06 64 64 67 50

Lot:
EXP:
PC:
SN:
NN:

Exp Date
JAN 2027
Lot/Batch
20326

Maphar
Boulevard Alkhalifa n° 6
Centre Industriel - Sid Bernoussi
Casablanca, Maroc
CELESTROPHANE 10 mg CAP VAG HT 10
P.P.V. : 330480
6 18001 180631

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

IXOR 20 mg 28 comprimés effervescent

PPV 118DH50

EXP 05/2025
LOT 33014

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescent

PPV : 26,50 DH

6 118000 190936

يحفظ بعيداً عن
chaleur et de l'humidité.

تجزة إزدهار، الطابق الأول - بوسكورة - Bouskoura - 1er Etage Bloc 4 Ext Izdihar Lotissement

Casablanca - Tél : 06 95 89 93 83 : الهاتف - الدار البيضاء

5 Aphus 1g

88,00

PPV: 88DH00
PER: 03-25
LOT: L937

1 - 0 - 1 (Monte)

44,70

44,70

2 amicon 6g

78,70

28,20
- Sulpidel

78,70

1 - 1 - 8 ggs

468,00



PPV
LOT
PER
28,20

فندق سلوى مضياف
مركز الخدمات الصحية
Toll: 00 800 00 00 00

Pharmacie Assamad sari au
Djar Dakhama Gr 5 imm 24
N° 18 - Boiskoura
GSM: 06 64 64 67 5