

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0039559

181339

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1516

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BIKRI AHMED

Date de naissance : 07/12/1948

Adresse : Hay Moubaraka, Im 3 Apt 6

Tél. :

Total des frais engagés : 395,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASA
Tél. 0522 48 27 08/20

Date de consultation : 02/11/2023

Nom et prénom du malade : BIKRI Ahmed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DM2

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 :

Le :

Signature de l'adhérent :

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	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/83	✓ FRAIS	1	200	 Dr. Mohamed Jellal Assistant C.M.U. St Louis Paris Avenue de St Louis - CAS 4 75004 PARIS 14

2000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien			
----------------------	--	--	--

ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-------------------	------	-----------------------

16 Te 3 00

ANALYSES, RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du		Désignation des	Montant

[illegible]

ALLIANCE MEDICAL

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Cachet et signature	Date des	Nombres	Montant détaillé

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELÈVE DES TRAIS ET HONORAIRES

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

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents	Nature des	Coefficient
-----------------	-------	------------	-------------

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	Coefficient

Coefficient des travaux

[illegible][illegible]

DEBUT
D'EXECUTION

[illegible]

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H		

	25533412 00000000	21433552 00000000	
H	D	G	
	00000000	00000000	
	35533444	44402550	

	<div style="text-align: center;">B</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</div>	
	<div style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	



DATE DU
DEVIS

 B		DATE DE L'EXECUTION	

H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412 00000000	21433552 00000000	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiain et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le

02/11/23

(3810 x 3)

glycémie 8.50

21 ODIA

(26.90 x 3)

= 13500

S.V.

S.V.



صيدلية التقدم
PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAJ Abteghumi
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 05 20
Fax: 0522 20 13 06

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

PPV

LOT

PER

38,10



GLYCAN[®] Retard 8

metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH
LOT L0610 PER 05/26

10 comprimés enrobés dosés à 850 mg
voie orale

GLYCAN[®] Retard 8

metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH
LOT L0610 PER 05/26

10 comprimés enrobés dosés à 850 mg
voie orale

LOT230231 1

EXP 12 2025

PPV 26 90

LOT230742 1

EXP 02 2026

PPV 26 90

LOT230231 1

EXP 12 2025

PPV 26 90