

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0018469

181771

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA
 Date de naissance : 28/12/1958
 Adresse :
 Tél. : 06131159486 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur Nour-Eddine LIMAMI
 NEUROCHIRURGIEN
 Polyclinique CNSS Derb Ghalef
 INPE:091094847
 Date de consultation : 07/11/2023
 Nom et prénom du malade : KASSABI OUAFAA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Vasculaire
 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 : Casablanca Le : 09/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
07/11/23				Docteur Nour-Eddine LIMAMI NEUROCHIRURGIEN Polyclinique CNSS Oerb Ghallef INPE:091094847

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/11/23

808,50

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

A M

P C

I M

I V

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 :

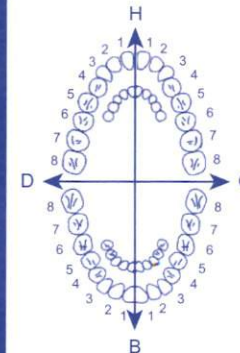
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

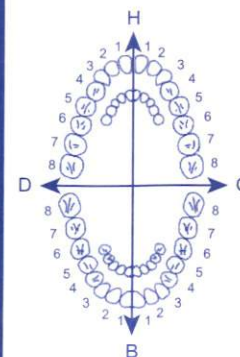
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
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

المغربية
ROYAUME DU



الاجتماعي
CNS
Le devoir de vous protéger

Lot: 22T284

Exp.: 11.2025

PPV: 255DH00

PPV: 96DH00
PER: 03/25
LOT: L3553-1

وصف
ANNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

le 07/11/23

M^{me} KASSABI OUAFIA

255,00

ALY JESS

0 - 0 - 1 x 8

pour 1 - 0 1

35,10 PRECINOZE

x 5 1 - 1 - 1

MYMO FLEX

94,00 1 - 1 - 1

x 3 PRAZOL 20

96,00 0 - 0 - 1

T = 808,50

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soukni Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Amal Beausejour
Casablanca Tel: 05 22 39 09 70

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soukni Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Amal Beausejour
Casablanca Tel: 05 22 39 09 70

Docteur Nour-Eddine LIMAMI
NEUROCHIRURGIEN
Polyclinique NSS Derb Ghallef
INPE: 091094847

GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00



BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1