

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.

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'Horizon
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

N° W21-804685

188431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5628 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIBLAT MUSTAPHA
 Date de naissance : 01.02.1957
 Adresse : Derb El Houria Rue 208. n° 74
Hay Hassani - Casa
 Tél. : 06.72.71.59.36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/12/2023
 Nom et prénom du malade : BIBLAT MUSTAPHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 18/12/23
 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
12/12/23	S		2000H	INP : 1906709

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-12-23	823,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

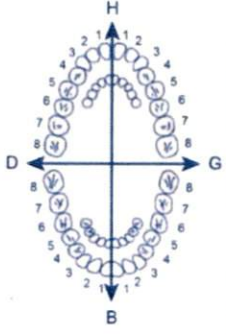
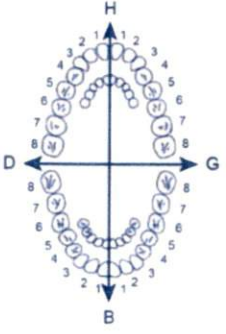
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachida HOUMID BENNANI

Docteur en médecine

الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتورة في الطب



92,00

92,00

92,00

Casablanca, le: 12-18-23

- متعددة الممارسات
- حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
- حائزة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزة على دبلوم التغذية والحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزة على دبلوم داء السكري
- امراض الايض السمنة
- الطب النسائي - فحصا قبل الزواج
- مراقبة الحمل

ROBLAT Mustapha

92,00

92,00

92,00

92,00x6

codusyl 5

1cpl/6mliv

x6Mm

- خبيرة معتمدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الطبي خاص برخصة السياقة

28.80

- Vitamental Fer

1cpl x 3

PPV
LOT
PER

28,80

- Omnipraticien
- Diplômée en Echographie
- Diplômée en Médecine du Sport
- Diplômée en Nutrition-Diététique
Nutrition Fonctionnelle
- Diplômée en Diabétologie
- Maladies métaboliques - Obésité
- Gynécologie - Examen prénuptial
Surveillance de la grossesse

99,00x2

- Relaxace 3tr

1gel/5ml

22.40x2

- Ascorchel -

1cpl/2mliv

823,60

LOT: 230427
DLUD: 05/2026
99,00DH
Ataires Deva Pharmaceuti

LOT: 230793
DLUD: 09/2026
99,00DH
S Deva Pharmaceuti

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 1

Docteur Rachida HOUMID BENNANI
Médecin Agrée par le Ministère
de la Santé Publique
Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 23 81

ي عبد الرحمن الوك 208 رقم 86 الكر الحني
الدع الحناء الماتع 86 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N°85 - Hay Hassani
Casablanca - Tél: 05 22 90 23 81
E-mail: bennanihoumid.rachida@gmail.com