

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'Hi 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

M23-007655

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED
 Date de naissance : 22-12-1966
 Adresse : 8 RAS ESSAM BA OUM RASIM M204
 H14 CASABLANCA
 Tél. : 06115566 Total des frais engagés : 117,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Date de consultation : 20/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL KASSIMI Mohamed Age : 57
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Aff. respiratoire
 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 : 20/11/2023
 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
20-11-23	CA		GR	Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Casa INPE 10031506111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. BIDA Résidence Dar El Kenz 101-1 Imm. El DAR EL KENZ Tél : 05 20 13 28 69 INPE 002101545	20-11-23	117,-

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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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



Casaq 6 20-11-2023

ORDONNANCE

M. EL KASSIMI Mohamed

SS100
1/ Amoxil 1g cp
1 cp x 3/j

PPV : 55,00 DH
LOT : 651404
PER : 01/25

20.
2/ Doli Grippe
1 sachet x 3/j

PPV (DH) : 21,00
LOT N° :
UT. AV. :

puis 21.
3/ Felmax
1 sachet x 3/j

21.
4/ Euphon sp
1 cas x 3/j

Tc M7.
PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 - DAR ROUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69
INPE : 91031500



Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

[Signature]

دولي غريب®

بارا صيطامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

ملغ 25/200/500



نزلات البرد

زكام

إلتهاب الأنف

إلتهاب الأنف والحنجرة



للكبار

8 أكياس - حبيبات
لتحضير محلول للشرب

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

A partir de 15 ans

ابتداءً من 15 سنة

Tenir hors de portée et de vue des enfants

يُحفظ بعيداً عن متناول و مَرأى الأطفال

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

8 Sachets Granulés



6 118000 041566

AMM N° 247/15 DMP/21/NNP

b

bottu,ra

82, Allée des Casuarinas - Ah Sabil - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

بوتى ش.م.

82, المر الكازاريناس - عين النسيج - الدار البيضاء
الطبيبوتى - صيدلى مسؤول

b

LOT: M12508
PER: 07/26
PPV: 20DH00



PHARMED LOT : 4922
UT.AV : 06-26
PPV : 21DH00

A24040