

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'HC 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

M23-007657

☒ 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 : B Des ESSAIAI B.2 OUM KASSI MAZOU
 17H CASABLANCA
 Tél. : 066.1155656 Total des frais engagés : 219.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. CHBANI Abdellah
 Médecin du Travail
 Hôpital My Youssef - Casa
 INPE : 91031500
 Date de consultation : 27/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL KASSIMI Omar Age : 20 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection 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 : 27/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-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
27-11-23	C1		GT	Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Casa INPE : 91031500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27-11-23

219.20

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

AM

PC

IM

IV

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 :

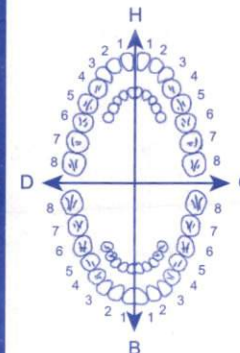
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

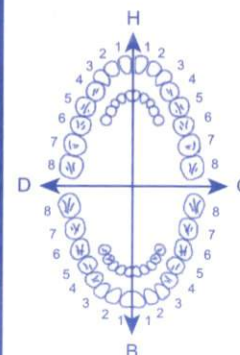
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ROYAUME DU MAROC

MINISTRE DE LA SANTE

ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION REGIONALE CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA

CENTRE HOSPITALIER GERONAL

MOULAY YOUSSEF



وزارة الصحة

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴻⵔⵉⵜ ⵜⴰⵙⴻⵔⴰⵢⵜ

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

ديريّة الجهوية الدار البيضاء - سطات

المخووية الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

ORDONNANCE

Casa 27/11/2023

EL KASSIMI Ouan

79.70

1/

Zithromax  500 n° 1

1 cp / j pdr 3 j

79.60

2/

Enrouex sp n° 1

x3

1 cās x 3 / j

20.1

3/

Doli-Grippe  n° 3

1 sachet x 4 / j

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDARAJAA
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69
INDE. CONTR. 125

To 219.20

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE: 91831500





زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 0 2 0 2 4

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : G R 6 5 4 4

09366030/4

أنرويدكس®

الكليبتوس، البروبوليس،
إكيناسيا

شراب معالج للسعال
بالمكونات الطبيعية

بدون سكر
بدون كحول

LOT 107210/FC11
PER 01/2026
PPC 79,50



PPV:20DH00
PER:08/26
LOT:M2800

الحنجرة

التهنئة - 8
التهنئة - 8



- التهوية والتهنئة
- التهوية
- زكام
- نزلات البرد



25/200/500 ملغ

التهنئة - 8 - التهنئة - 8 - التهنئة - 8

دوليتي



PPV:20DH00
PER:08/26
LOT:M2800

الحنجرة

تشنجات - آلام -
انحسار محلول للشرب
8



- نزلات البرد
- زكام
- آلام الحنجرة والحنجرة
- آلام الحنجرة



مبلغ 25/200/500

باريطامول - فتيامين سي - ملات الفيتامين

دوليتي



PPV:20DH00
PER:08/26
LOT:M2800

الحنجرة

تشنجات - آلام -
انحسار محلول للشرب
8



- نزلات البرد
- زكام
- آلام الحنجرة والحنجرة
- آلام الحنجرة



مبلغ 25/200/500

باريطامول - فتيامين سي - ملات الفيتامين

دوليتي