

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'Unité
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
M23-013746

ok

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10735 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Jamel Amin
 Date de naissance : 14/11/75
 Adresse :
 Tél. : 0606621272 Total des frais engagés : 1775,04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Jamel Amin Age : 48 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Epigastrie - Nerve
 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 : 31/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
31/10/23	CS		3000M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/2023	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

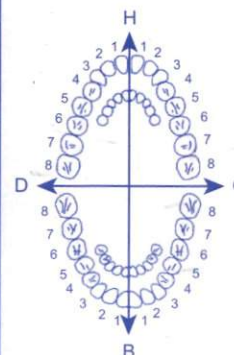
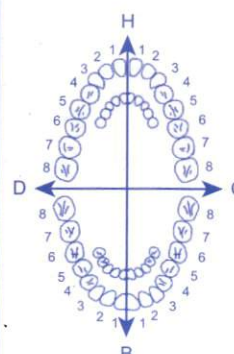
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

DR. Rachida OUBIDA

Hépatogastro-entérologie-proctologie
Echographie digestive
endoscopie digestive
Diplômé de la faculté de
Médecine de Rabat
Ex médecin à l'hôpital
Mansour - Bernoussi



الدكتورة رشيدة عبيدة

إختصاصية في أمراض الكبد و المعدة
الأمعاء و الشرج
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة اختصاصية بمستشفى منصور
البرنوصي سابقا

Casablanca, le 31/10/2023
Casablanca, le في الدار البيضاء

Mme ZANARY Amina

RACIPER 20MG

1 comprimé avant Petit déjeuner, pendant 1 mois

BIOVOM CAPSULES

1 CAPSULE 3 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS, pendant 1 mois

MITEOSPASMYL

1 GELULE 3 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS, pendant 1 mois

LIBRAX

1 CP 2 FOIS / J APRES REPAS, pendant 1 mois

GINMAG B6 AMPOULES BUVABLES

1 ampoule, matin après petit déjeuner, pendant 1 mois

Résidence Riyad Al Qods
Immeuble 1 : 2ème étage N°3
Bd, Al Qods
(Angle Boulevard Haifa)

05 22 52 36 36
06 13 13 00 16

إقامة رياض القدس
العمارة 1 الطابق 2 رقم 3
شارع القدس
تقاطع شارع حيفاء

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Rachida OUBIDA
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROU
Tél: 05 22 51 47 07

DR. OUBIDA RA
Hépatogastro Entérologie Proctologie
Rés Ryad Al Qods, GH 03, Immeuble 1
2ème Etage, N° 3, Bd Al Qods (Angle
Bd Haifa), Ain Chock, Casablanca
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

GINMAG B6 10 AMPOULES
PPC : 124.00 DH

Ut Av : 04/2027 Lot : 23/112

IPHADERM

GINMAG B6 10 AMPOULES
PPC : 124.00 DH

Ut Av : 04/2027 Lot : 23/112

IPHADERM

LOT 23035 PER 03/2026
PPV 21.00 DH

LOT 23062 PER 04/2026
PPV 21.00 DH

LOT 23062 PER 04/2026
PPV 21.00 DH

Autorisation Ministère de Santé : N°DA 202
À consommer de préférence avant fin / Be
Lot n° / Batch

GINMAG B6 10 AMPOULES
PPC : 124.00
Ut Av : 12/2025 Lot : 21/570
IPHADERM

ACL : 7671737

PPV : 144 DH 50

CODE No : HP/DRUGS/MNB/95/2

BIOVOM
Avec GINGEMBRE

NAUSÉES - VOMISSEMENT

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM
Avec GINGEMBRE

NAUSÉES - VOMISSEMENT

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH

BIOVOM 30 GELULES

LOT : P003

PER : 12/2024

PRIX : 115 DH