

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'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

RECEPTION 21-837996

1 30993

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ENNASSIME ABDELLATIF

Date de naissance : 03/10/49

Adresse : Habitude

Tél. : 0693499861 Total des frais engagés : 13000 + 447 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 JAN. 2024

Nom et prénom du malade : Mohamed Amer Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Zone Amicale

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 : Dakhla Le : 30.01.2024

Signature de l'adhérent(e) :

RECEPTION 9

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
22 JAN 2024	C1	C1	139.00	Dr. A. KABOU INPE: 042055384

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية تالوي د. عمر الطوي القصيلي Tél : 05 28 53 40 95 INPE : 042055384	22-01-2024	414.00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

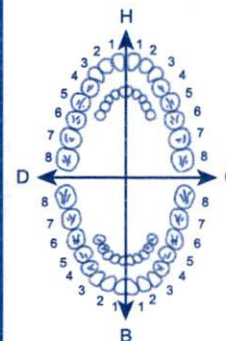
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

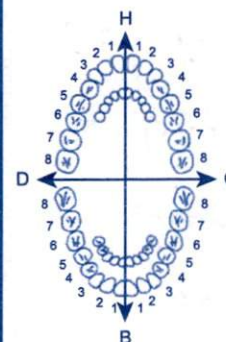
SOINS DENTAIRES

Traités



O.D.F

PROTHESES DENTAIRES



DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		G	

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



الدكتور عبد الله كبوس
Dr Abdallah KABOUS
MÉDECINE GÉNÉRALE الطب العام

- دبلوم أمراض النساء • تتبع الحمل
- دبلوم علاج العقم عند الزوجين بجامعة بوردو الفرنسية
- دبلوم في أمراض السكري
- دبلوم التغذية جامعة باريس 13
- دبلوم الإيكوغرافيا جامعة القاضي عياض بمراكش
- خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- Diplôme de Gynécologie • Suivre de Grossesse
- Assistance Médicale à la Procréation
- Université de Bordeaux France
- Diplôme en Diabétologie
- Diplôme en Nutrition Université Paris 13
- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Taliouine, le 22 JAN. 2024 تاليوين في

INPE : 041190059

(Chadary. Amas)

15250 Val 2 5 30 4

15250

2000

Forme spray + 1 autre

supp + 3 b

4120 7 7 me venue au cycle

4120

supp + 3 b

16000 Gaphin 20 g yellow

16000

3980 lemande Goutte 94

41400

مركز تاليوين
TALIOUINE CENTRE
Tél.: 06 67 14 07 57



06
2024



LOT : BPG42303A
PER : AVR 2025
PPV : 160 DH 00

PPV:39DH80
PER: 05/25
LOT: M1889

LOT:231326
EXP:05/25
PPV:41DH70

