

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'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

N° M21- 074130

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAARIFI CARBI
 Date de naissance : 01-01-1952
 Adresse : VILLA 16 RUE 1 HAMEL MOUDA OLD HRIZ
 BERRECHID
 Tél. : 06 61139 022 Total des frais engagés : 21416,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabète, Biologie
et Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 13/12/23
 Nom et prénom du malade : LAARIFI CARBI Age: 73ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 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 : Berrechid
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 13/12/23

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
13/12/23		5	250 dh	KAIDI FATIMA Dentiste et Maladies buccales Tel: 05 22 32 43 7

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/12/23

2166,00

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 :

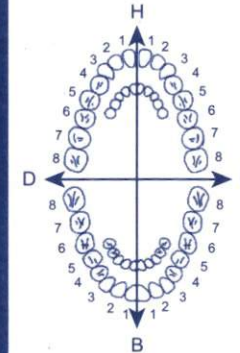
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

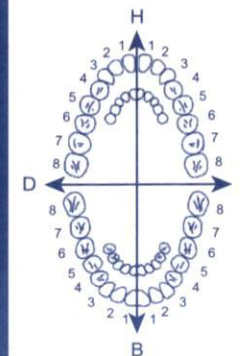
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Lamrighi Karbi

Berrechide : 13 - 12 - 23

68,80 x 4

1) A maléf hmg

437,00 x 4

1cp avant pt

2) Samet 50/1000 mg

33,00

0 - 1cp - 1cp

am

3) Spectrum 0,3/1.5 g

Dr. KAIDI FATIMA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

31,10

1 gtt 2 H

4) Diclo 50 mg

1cp am

78,70

5) Diamist 60 mg

1cp avant pt

2166,00

Pharmacie N. 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Dr : Siham TAMIR
Fix : 0522336822

Dr. KAIDI FATIMA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diab. tologie
et Maladies métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

صيد ليه مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr : Siham TAMIR
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide
Fix : 0522336822

1

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

2

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

3

LOT: A020481
PER: 07-2025
PPV: 33,00DH

4

LOT : 5636
PER : 12 - 25
P.P.V : 31 DH 10

5

78,70