

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0029639

Mg
CR

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 396 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUJEB MOHAMED
 Date de naissance : 15/02/1964
 Adresse : DEROUA
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/02/2024
 Nom et prénom du malade : Mohamed Moujeb Age : 1964
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : DEROUA

Le : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : MOUJEB

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

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

15/02/2024
CS
G



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15/02/2024 205,00



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

15/02/2024 215 x 2 225,00



AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

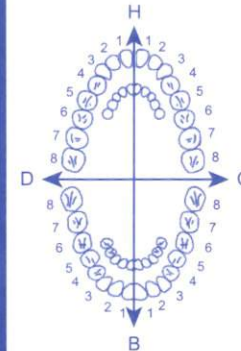
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

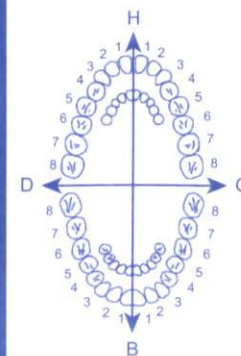
FIN D'EXECUTION

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID
HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE:

ORDONNANCE

ORDONNANCE
Du Honorable Juge

205.00 ① Estimated

22.00

① Gider

78.00

$$\ln 3n$$

flav / shyl

Aus

205,00



Aflamic 15 mg
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410522

Cedol

20 Comprimés



6 118000 180913

LOT: M1124
PER: 08/2025
PPV: 78,00DH

22,00

Royaume Du Maroc
Ministère de la Santé
Direction Régionale Casa blanca-Settat
Délégation Provinciale de Berrechid
Centre Hospitalier provincial de
Berrchid
Hôpital Provincial de Berrchid



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المديرية الجهوية لجهة الدار البيضاء - بساتات
المندوبية الاقليمية لبرشيد
المركز الإستشفائي الإقليمي لبرشيد
المستشفى الاقليمي لبرشيد

Demande d'examen

Nom du malade : Hayeb Khouel Date : 15/02/2024
Service : N d'entrée :

Renseignements cliniques	Examens demandés
<p>2 des 2 chevilles</p>	<p>DR. ZOUGAR SAID Médecin Interne CHP de Berrechid</p> <p>Cachet & Signature</p>



FACTURE CONSULTATION

N° Quittance

Code ANAM : 060004819

N° Compte Courant

Facture Consultation Numéro : 2 024 / P / 8 266

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification

Index Patient : 52 248

N° Consultation : 115 441

Nom et prénom : MOHAMMED MOUJEB

CIN : B224581

Adresse : BERRECHID

Médecin

Sur prescription du : CHEF SERVICE RADIO

Spécialité : RADIOLOGIE

Type de consultation : EXAMEN RADIOLOGIQUE DE LA
CHEVILLE, MINIMUM DEUX INCIDENCES

Débiteur

PAYANT

Date

Date de consultation : 15/02/2024 12:24:39

Montant : 225,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT VINGT-CINQ DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 225,00 DHS

15/02/2024 12:25:51

Facture Etablie Par Personnel N° : KHADOU

Signature du responsable :



Royaume du Maroc
Ministère de la santé

Quittance:

Délégation provinciale de berrchid

Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

00137070

Reçus de M

La somme de

MOHAMMED
Deux cent

MOHAMMED
vingt Dhs

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
Encaissement		225.00
N° 8266		
TOTAL		



Gachet du

Service

Signature

Régisseur