

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'He 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

M23-007775

197935

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 3086 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAMEGGINO BRIKA Epitaphia Moul

Date de naissance :

Adresse : Hay My ABDELM Rue 18 N°23

Tél. 0662 34 30 94 Total des frais engagés : 544,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور بنيس محمد
خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
713 شارع 2 مارس الدار البيضاء
الهاتف : 0522 215 723 - 0522 211 807

Date de consultation : 21 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : HAMEGGINO BRIKA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epitaphia + Colopathia

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
21 FEV 2024		2	20000	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	21/4/24	344.60

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			
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

**خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا**

الزيارة بالموعد

Casablanca, le **21/02/2024** الدار البيضاء في

Madame HAMEDDINE VEUVE LITAMA BRIKA

1/ OLEDIZ 20 MG CP BTE DE 28 x 2

1 cp après le repas matin et soir

2/ CLOPRAME 10mg Cps x 2

1 cp avant le repas matin, midi et soir

3/ REFLUXAID SIROP

1 c à s avant le repas matin, midi et soir

4/ KALMAGAS TRANSIT CP

1 cp avant le repas matin, midi et soir

5/ OSMOSINE

1 c à s après le repas le soir

6/ ALIVIAR 50 CP x 2

1 cp après le repas matin et soir

OLEDIZ[®] 20mg comprimés gastro-résistants Boîte de 28
PPV: 144 DH 50

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/02

6 118001 480036

CLOPRAME[®] 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30
EXP 04/2026
LOT 2N013 S

PPV
34DH00

PHARMACIE FAMILIALE INARA
SARL AU
Hay Mly. Abdellah Rue 187
N°15 Casa - Tél: 0529 294 850

PHARMACIE FAMILIALE INARA
SARL AU
Hay Mly. Abdellah Rue 187
N°15 Casa - Tél: 0529 294 850

LOT: 230806
PER: 09/2026
PPC: 79,90dh

KALMAGAS
Transit

LOT

LOT 2312506
EXP 2026/05
PPC 70 DHS

