

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

M23-005197

99347

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

Date de naissance : 10/07/1953

Adresse : 24 lot la colline I

Tél. : 0666872659 Total des frais engagés : 300 + 588 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHAZI SAOUDI ALADIA Age : 59

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

Nature de la maladie : douleur main

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 : 15/02/2024

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
09/01/24			6	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

DÉTERMINATION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Four	Date	Montant de la Facture
09/01/24	588,60	

PHARMACIE DE LA COLLINE
 Suf parking CARREFOUR Maarouf (Anden Makrouf)
 Casablanca - Tél: 06 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
 WhatsApp: 06 62 12 38 18
 RC: 244888 - Pat: 34/03109 - Email: paracetamol2010@gmail.com

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
08.01.24	2x	300,00	

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 :

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													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

09/01/2024 El Ghazal Dr. Mohamed Naciri

256.00

1/ Glycine 35g



14p x 21 o p r r r r

2/ 60.00 x 3

Naloxone



10p x 21 o p r r r r

123.60

3/ Inexim



14p x 21 o p r r r

4/ 30.00

Naloxone



14p x 21 o p r r r

588.60

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR, Hay El Hassan, Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc.
Tel.: 05 22 33 54 77 / 05 22 33 59 53
Casablanca - Tel.: 05 22 33 54 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp : 06 67 42 38 18
IF: 50731792 - CNSS: 606340

LOT: M0674
EXP: 06 2025
PPV: 60,00 DH

LOT: M0354
EXP: MAI 2022
PPV: 60,00 DH

LOT: M0433
EXP: 02 2023
PPV: 60,00 DH

GABLIN

LOT 220766
EXP 03 2024
PPV 255.00 DH

56 c

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 08/01/2024

FACTURE N° 25187/2024

NOM & PRENOM : GHAZI SNOUSSI NADIA

EXAMEN	MONTANT
RX MAIN F/3/4	trois cents (300 DH)
TOTAL	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents (300 DH) DHTTC

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Tél : 05 22 58 10 16

INFORMATIONS

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE



الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

08/01/2024

Casablanca, le :

PATIENTE : GHAZI SNOUSSI NADIA
MEDECIN TRAITANT : Pr CHAGOU ANISS
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX MAIN G F/3/4

Compte Rendu d'Examen

Rhizarthrose modérée
Respect des autres interlignes
Transparence osseuse normale

Merci de votre confiance

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE
TELÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca
فيلا 76، تجزئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدي معروف - الدار البيضاء
Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com