

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-0024384

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 294

Société : Ag3390

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMIL A. Youssef

Date de naissance : 01.01.1983

Adresse : My Mlye Rachid - Imm 2 N°32 B

Tél : 06 62 13 11 26

Total des frais engagés : 417,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ZOUIR IMANE
Médecin Spécialiste en
Maladies Cardio-Vasculaires

Date de consultation : 18/01/2024

Nom et prénom du malade : JAMIL ELMOSTAFA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HDA, IRC, AVC

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 : Casa

Le : 02 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
18.01.24	consultation	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LA PLACE Rue 12 - N°53 Moumen - Casablanca Tel: 05 22 70 16 39 Ice: 001633163000023	13/01/24	1160

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

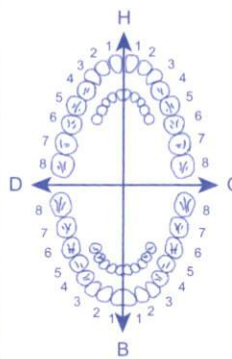
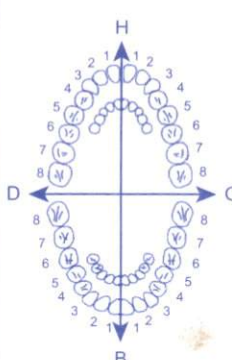
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane ZOUIR

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne du CHU de Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DIU des explorations Cardio Vasculaire de Bordeaux

(Holter ECG et Tensionnel, Epreuve d'Effort, Echo Doppler

Couleur du cœur et des Vaisseaux, Echo de stress, ETO)



الدكتورة إيمان زوير

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى بورديو
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
للقلب و الشرايين ببوردو

Casablanca, le : 18.01.24 : الدار البيضاء، في

M. JAMIL

ELMOSTAFA

VE VF77 0726 L
LOT PER
Prix 82.50



LOT N°:
EXP: 154, 70
PPV:

ARTEMON 5/5



(n=1)

PPV: 180 DH 40
CODE No.: MPIDRUGS/2524/83
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
Tableau A (Liste I)

417,60

180,40 4 semaines 3 Mois



82,50 Veinwayl Gel (n=1)

Docteur ZOUIR IMANE
Médecin Spécialiste en
maladies Cardio-Vasculaires
TEL: 05 22 72 60 72

Groupe 4, Rue N°11 - Immeuble N°140 Hay Sadri - Sidi Othmane - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 72 60 72 / 08 08 36 77 67 - GSM : 06 72 04 98 08 - E-mail : izouir@yahoo.fr