

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0040533

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05641 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HASSINE NOUREDINE
Date de naissance : 14/07/1959
Adresse : 199 Lotissement Amine
Si du Maroc f Casablanca
Tél : 06 399 87242 Total des frais engagés : 255,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed EL KOUHENE
Médecin
C.S. Chérifi
Délégation EL FIDA Casablanca
N°P: 091236570

Date de consultation : 24/07/2024
Nom et prénom du malade : HASSINE NOUREDINE Age : 60
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète Suédois
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 : 24/07/2024

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
24/04/2021	G	20	6	Dr. Mouna EL KOUHENE D.S. Carloti Délégation El Fida Casablanca N° 25 301 345 570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/09/2021

255.20

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 :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

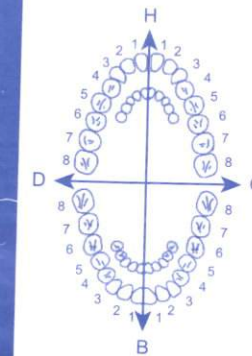
Coefficient

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

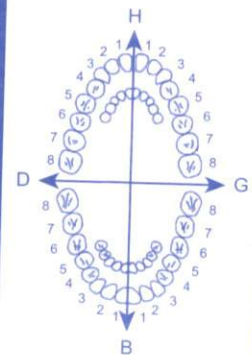
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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. Mouna EL KOUHENE
Médecin
C/S Carlotti
Station El Fida Casablanca
Tél : 091236570

Casse Le 24/04/2024

PHARMACIE AMINE SARL
Leila EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 97 25 85

ORDONNANCE

Mme EL Massoudi Amine

① Metrogel 500 gélules
92.30 14 p 2x par jour Bt 10j

② Neofortan 160
98.90 14 p 2x par jour Bt 10j

③ Gaviscon gelules
31.50 14 p 2x par jour Bt 10j

④ Piroclon Suppo
Néproleu

255.20

PHARMACIE AMINE SARL
Leila EL KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 97 25 85

Mouna EL KOUHENE
Médecin
C/S Carlotti
Station El Fida Casablanca
Tél : 091236570

METROZAL®

Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV : 32.50 DH



6 118000 190967

PIROCAM® Sothem
10 Supp

Piroxicam

20 ملغ

تحميلات

LOT 231669

EXP 05 2025

PPV 31.50 DH

للدقة
صباح
منتصف
مساء

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 92DH30

EXP 10/2026

LOT 36028 5

PPV DH:

98,90

AEY059

11/2025

LOT:

EXP:

3246053