

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

M23-0027642



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 07912 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKKAL EL Housseine.

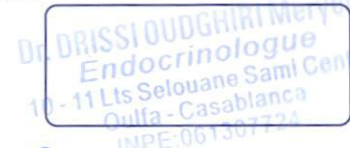
Date de naissance : 21-12-1963

Adresse :

Tél. 0671 62 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2024

Nom et prénom du malade : M^{me} AIT HAMMOU Ep BEKKAL ZOIRA Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION METABOLIQUE

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 l'absence de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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
13/02/24	G	01 G	Ordut	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/24	466.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

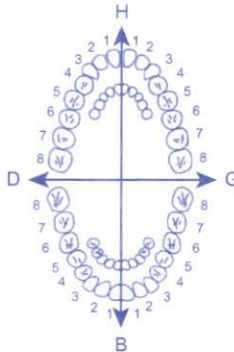
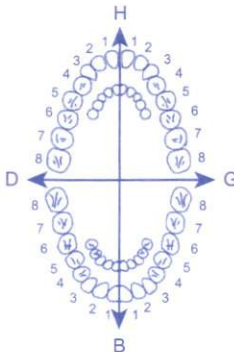
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			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"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Drissi Oudghiri Meryem

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition et
Maladies métaboliques

الدكتورة ادريسي ودغيري مريم

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
و التغذية و أمراض الأيض

Diplôme Universitaire en Echographie et techniques ultras

Diplôme Universitaire en diététique-nutrition clinique et t

Diplôme inter-universitaire en endocrinologie et métabolisme d



MERYEM DRISSI OUDGH
ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE - NUTRIT

Casablanca, le 13/02/24

36,20 x 2 mm - AIT HAM
107,60 x 2
- Staged 700 mg.

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, RUE 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
N° 1000500246000026

1 + 0 - 1
AD 500 mg.

89,50 x 2 - 1 - 1

au milieu du repas

pdt
03 mois

D3 norm 200 UI

15 gouttes / 1 Mois puis

10 gouttes / 2 Mois à la fin
du petit déjeuner

T = 466,6

Dr. DRISSI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10-11 Lts Selouane Sami Center
Oulfa - Casablanca
N° 061307724

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, RUE 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
N° 1000500246000026

Lot Selouane, Sami Center, Bd OUD MELOUYA, Quartier EL OULFA, 1er Etage, Appt N°11
تجزئة سلوان، سامي سنتر، شارع واد ملوية، حي الألفة، الطابق الأول، شقة N°11، الدار البيضاء

06 68 85 96 88

05 22 10 45 50

endocrinologie.mdo@gmail.com

D3 NORM®
200 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 230824
A consommer
avant le: 09/2026
PPC: 89,50 DH

09.201
9202 90
231872

add
EXP
LOT

D3 NORM

200 UI GOUTTES BUVALES



8 051128 634501

Lot: 230997

A consommer

avant le: 10/2026

PPC: 89,50 DH

LOT 231494

EXP 04 2026

PPV 36.20

LOT 240565

EXP 01 2027

PPV 107.60

LOT 231494

EXP 04 2026

PPV 36.20