

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Remarques 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.

Biologie 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

ND= 30310

Déclaration de Maladie : N° S19-0003095

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAIAF BELGHITH ALABRAHE

Date de naissance : 19/09/52

Adresse : 24 Lot Aladen/59 S.M. CA.M

Tél. : 06 66 19 85 59

Total des frais engagés : 686,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/6/2020

Nom et prénom du malade : KHAIAF BELGHITH ALABRAHE

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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.

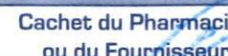
Fait à :

Le : 15/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15	306,17
	06	
	20	

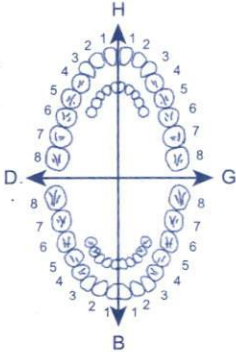
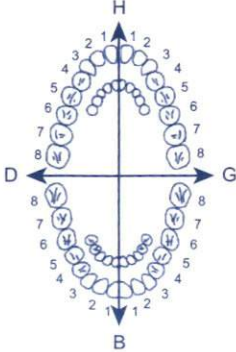
[illegible][illegible]

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

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																	
	<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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION



Dr. Ghita MAMOU

**Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition**

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

**أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية**

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 15/6/2020

Nom : OR KHANF BELGHITI Abdelrahman

84,20

Dermofia  poudre

1 applique / J au matin
des plis de l'aisselle

73,50

Fortax satur

49,15 / J

D une forte

1 coup / 15 J x 2 mois

pis 1 coup / mois x 4 mois.
306,15

84,20

maphar
Zi Zekate Ain Seccat Casablanca Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73 50 DH
6118001181193

LOT : P26492
Exp : 11/2022



PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

Dr. Ghita MAMOU

**Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition**

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

**أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية**

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 19/6/2020

Nom : Dr. IAHAF BELGHITI Abdelrahmane

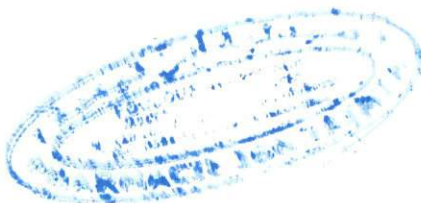
MP 100x3

Bandelettes on cell plus

x 3 boîtes de 50

36/1

36/1



Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème étage N° 19
Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUST Dermopharmacie et Cosmétique
DEUS Pharmacie Clinique

R.C : 337980 Patente: 36102085
T.V.A : 77300610 C.N.S.S: 2300771
Banque: 013780010710002170014148
Tél : 0522335225

Le 25/06/2020


FACTURE N°243164

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BELGHITI ABDERAHMANE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	ONCALL EXTRA 50 BANDELEETE	120,00	360,00	60,00	20,00
					

TOTAL T.T.C : 360,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	360,00	Montant	60,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Soixante dirhams.