

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W21-707076

133922

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 875 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KABBAT Az Elhane
 Date de naissance : 01/01/1942
 Adresse : 11, rue P... Casablanca
 Tél : 0661 31 02 14 Total des frais engagés : 976,90 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/22
 Nom et prénom du malade : Kabir Nana Née Benani Age: 72 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Angine
 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 : 01/09/22

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
01/09/82		62	250,00	INP [] [] [] [] [] [Signature]

[illegible][illegible]

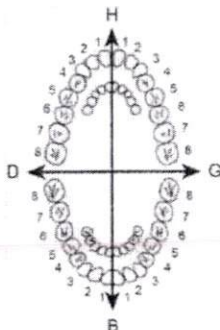
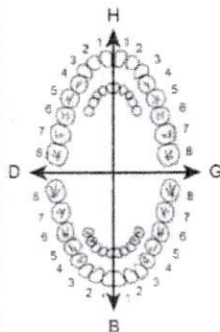
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	INP : <input type="text"/>																												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D			B																												
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN: ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine
de Casablanca
Ancien médecin interne
au CHU Ibn Rochd



الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتى
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le 01/09/22 في الدار البيضاء

Nom et Prénom : Mme Kabbaj Naime, Née Benmamoun

138,30
Augmentin 500 cp x 2/j 1ste
55,00 Celebrex 1cp/j 1ste
62,00 Docisor S.V. Sirop 1cm x 31/j 1ste
49,60 Deme forte 100.000 1amp/15j 1ste
111,00 Doliprane S.V. 1g cp x 2/j 1ste
30,60 x 1,40
30,60 x 1,40
226,90
Pharmacie ABOU DARI
Rue des Bouvreuils
Casablanca 10

إقامة بزنس بلازا، رقم 400 شارع الزرقطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerktouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca
البريد الإلكتروني : kabbaj_ghita2008@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 47 16 89 - Tél.

روكلورونيازيد

كلورونيازيد

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés séc



6 118000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV: 128,30 DH
LOT: 649724
PER: 03/24

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

6 118000 181194
Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

كلورونيازيد

Esidrex® 25 mg
Hydrochlorothiazide
20 comprimés sécables



6 118000 181194

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

LOT: 220223
DLUO: 02/2025
69,00DH

Lot: 128281
Exp: 2023
150,00

CELEBREX®
200 mg
20 GELULES

PPV: 14DH00
PER: 06/25
LOT: L1940