

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- 0058343

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1145 Société : RAM AL8391
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JELLOUL NAOUAL
Date de naissance : 24/12/1949
Adresse : 1, Rue Kacem Amine
Res. Jean Taurès
Tél. : 0661215618 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BENSTIL RHIZO
Unité de la Douleur et des Soins
Centre Mohammed VI Pour le Traitement
des Cancers
CHU - Ibn Rochd - Casablanca
Date de consultation : 06/02/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Neoplasme
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Neoplasme
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 :
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/02/23

244,50

06/02/23

283,40

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

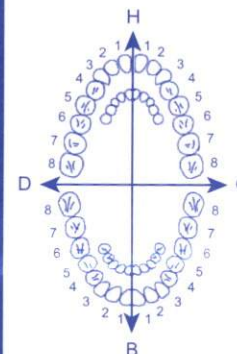
Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

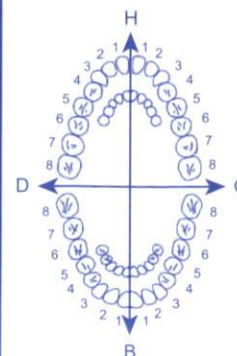
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
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



ابن رشد
Casablanca

CHU

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد، الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 06/02/23

ORDONNANCE

Docteur :

Jelloul Nadiouel

20,00

① Spasmopan 10 m
2 cp / 8h

LOT : 7091
UT. AV : 02-27
P.P.V : 20 DH 00

تبرعات فارما 5
سين ليمو ليلاني
LABORATOIRES
ARMA

140,00

② Mebex

84,50

③ Zetalex

244,50

Composition:
Extrait de l'huile de sésame (β-Sitosterol)
Excipient
Excipient à effet notoire: Huile de sésame
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants
Pour les indications, les contre-indications et les précautions d'emploi, voir la notice.
PPV: 140,00 Dhs

Lot : 027
À utiliser de préférence avant le : 04/2027
PPC : 84,50 DH

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 40 40 40

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

OGW, UK
حامل
بلanca

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

B4 OGW, UK
حامل
بلanca

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

OGW, UK
حامل
بلanca

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

OGW, UK
حامل
بلanca

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV. 35DH00

UK

2505-3



ابن رشد
Casablanca

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة



المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد . الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

06/02/23

ORDONNANCE

Docteur :

Djelloul Naoual

~~Sereid 10 mg~~



35,00 x 6 1/2 cphg

PHARMACIE AL BOUDOUR
SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca : 116, rue de Sebta
Tél: 05 22 86 04 60 / 05 22 86 04 67
R.C.: 49464104

P.P.V : 73.40 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

73.40

PHARMACIE AL BOUDOUR SARL AU
115, Rue Sebta Qu des hôpitaux, Casa
pharmaciealoudourcas@gnail.com
Tél: 05 22 86 04 60 / 05 22 86 04 67
Fax: 05 22 86 04 67 / 05 22 86 04 67
R.C.: 49464104

283.710



1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83