

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0035345

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société : 152647
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB
 Date de naissance : 26-08-1955
 Adresse : BORDJ BOU KATER Rue Sante
 Tél. : 0661 18 11 27 Total des frais engagés : 355,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LAHLOU LAILA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

Date de consultation : 04 / 03 / 2023
 Nom et prénom du malade : M. BENCHEIKH ELATMANI Mohamed - 67 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : WAHIB
 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 : 10 / 03 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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 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 Relevé des Actes
07/03/23	C.S.	C.S.	300,00	 <p>Docteur LAHLOU MILLA Karymatologue - Podologue 400, Bd B. Rahim Rougani Makrassi - Casablanca Tél: 0522 25 7602 / 04</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DU MAROC 16, Rue de l'Atlas, Makrassi Tél: 092037803</p>	07/03/23	55,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

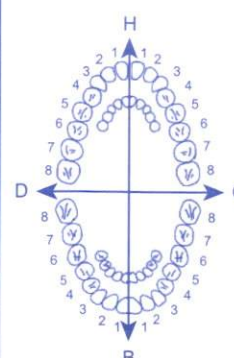
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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"/>

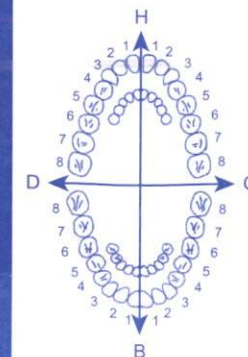
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila LAHLOU

Maladies des Articulations - Os - Muscles

Colonne Vertébrale

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

MEDECIN PODOLOGUE

Maladies des Pieds

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim ROUDANI

3ème étage - Appt. 5 - Maârif - CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04 - Fax : 05 22 98 15 21

Sur rendez-vous



الدكتور

إختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل والعمود الفقري

إختصاصية في أمراض الأرجل

خريجة كلية الطب بجامعة باريس

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني


الطابق 3، الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء


الهاتف : 05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04 - الفاكس : 05 22 98 15 21

بالموعد

Casablanca, le 7/3/23... في الدار البيضاء،

M R BENCHEIKH JOHANNES -
WAHIB.

Co LTRAX op N°2. 
45.70
up / 10 min au coucher.
X 60 Tours.

CE TANYL op 500 
10.20
up matin / après apas.
up soir

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. LAILA
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél. 05 22 98 42 73

Docteur LAHLOU LAILA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

T = 55,90

الالام والحمى

سيتاميل[®]

باراسيتامول 500 ملغ

شمالينيك

20 قرصا
عن طريق الفم

Posologie : lire notice. En général :

Adultes : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par 24 heures

Enfants de 13 à 15 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 6 prises par 24 heures.

Enfants de 7 à 13 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 prises par 24 heures.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المضادير و كيفية الإستعمال : إقرأ البيان داخله
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

Douleurs et Fièvre

CETAMYL[®]

PARACETAMOL 500 mg

20 comprimés
Voie orale

GALENICA

Composition : AMM N° : 125/17DMP/21/NRQ
Paracétamol 500 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose
Boîte de 20 comprimés

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

شمالينيك - م. ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saïeh - Cas

CETAMYL[®] 500 mg

PARACETAMOL
Boîte de 20 comprimés

PPV : 10,20 DH



100x45x20

CETAMYL[®] 500 mg
PARACETAMOL

Lot N°/Date Per. :

ECEDB5VFA02

Lot N°/Date Per. :

سيتاميل 500 ملغ
باراسيتامول



Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax[®]

THIICOLCHICOSIDE



Coltrax[®] 4 mg

12 comprimés



6 118000 120322

Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice انظر البيان

عن طريق الفم
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

تتكون لشكرتك

كس اطر كس

12 قرصا من 4 ملغ

أقراص



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Boîte de 12 comprimés.

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr. M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

احترم النماذج المصممة

LISTE I

Coltrax[®]

12 comprimés



(45 x 18 x 106) mm

91409-04

IMPRIMEPEL