

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

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
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° W19-592416

154650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4443 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAOUARI El MOKHTAR

Date de naissance : 02-10-61

Adresse : Hassanelle

Tél : 0671010094 Total des frais engagés : 557 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Mokhtar Samir Age :

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

Nature de la maladie : DWT / GRIPE

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 : 04/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ville Joyeuse Dr Hamidou Lynda le Fournisseur Tranche 4 Imm 9 2 Casablanca - Tél: 0520 28 88 31 E: 002677277000055 INPE: 092111467	04.03.23	422,30

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

[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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Pharmacie Ville Joyeuse
Dr Hamidou Lyne
Perle Nouvelle Tranche 4 Imm 9
Rdc n°2, Casablanca - Tél: 0520 28 88 31
ICE: 002677277000055
NPE: 092111467

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

والدار البيضاء

خبيرة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف والدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدر

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي

الحماية العلاجية

ORDONNANCE

Déroua le 04/03/2018

M. El Mokhtar Zmzourh

B60: 78,70
B300: 44,70
Diosmicon Goug.

(S.V)

3 mois

21,00 x 12 Dioformine 1000

1-0-0

(S.V)

6 mois

4 - 1-1-1

(S.V)

31,10 - Diclo Tag

1-1-1

11,80 - Dolipron Tag

(S.V)

14 x 3/4

42,30
42,30
Rizomen

98 x 26

Pharmacie Vile Joyeuse
Dr Hamidou Lyina
Perfumeuse, Tranche 4
Imm 9, 2dc, Casablanca
Tél: 0520 28 88 31



26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

242600030-02

af/hh

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

PPV 15DH00
PER 06/25
LOT L2096
S1

LOT : 7914
UT. AV : 03-25
P.P.V : 31 DH 10

af/st

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3858

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3858

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3858

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3858

PPV 21DH00
PER 03/25
LOT L2099

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2814

PPV 21DH00
PER 03/25
LOT L1096

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2814

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2805

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3868

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3868

PPV 21DH00
PER 03/25
LOT L1274