

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

N° W21-794249

157104

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10651

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BENHAR Fatima Zahra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669 101962

Total des frais engagés :

436,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chouly, Ana

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/23	436,30
INPE: 92044841		

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

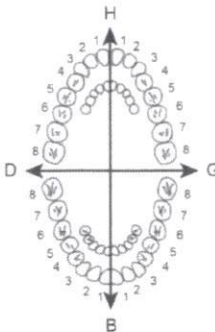
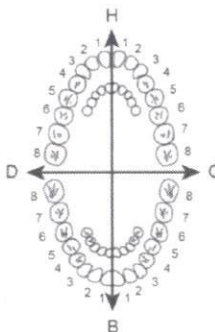
[illegible]

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"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<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

ORDONNANCE

Le... 28/03/2023

PHARMACIE NARJIS
131, Bd. Yacoub El Mansour
Tél: 05 22 99 39 86
CIN: 250074/0522993986

7970

1/ 1000

69,00

2/ 1000

7150 X 21

3/ 1000

1490

4/ 1000

1580 X 21

5/ 1000

1000



Dr. Nadia KASNOUAR
Médecin Urgentiste
Hôpital Hassani
Service des Urgences

Signature et cachet du médecin

60,00

6) ENTREPOSEMENT

38,10 AMPA

8) ULTRA-LEUREL

AMPA

436,30

صيدلية نرجس

PHARMACIE NARJIS

Bd. Yacoub El Mansour

25 00 74 / 05 22 99 39 86

صيدلية نرجس

PHARMACIE NARJIS

131, Bd. Yacoub El Mansour

Tél : 05 22 25 00 74 / 05 22 99 39 86



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10
P.P.V. : 60DH00
6 118001 081653

15/80
PPV 15DH80
PER 04/25
Doliprane 500 mg
PARACÉTAMOL
16 comprimés effervescents
6 118000 040354

10/80
PPV 15DH80
PER 01/25
LOT 1308
Doliprane 500 mg
PARACÉTAMOL
16 comprimés effervescents
6 118000 040354

ALGANTIL® 200 mg
PPV 14DH90
EXP 05/2025
LOT 24009 2
ALGANTIL®
10 comprimés 200 mg
6 118000 032328
مخبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال
ORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

ALGANTIL®
10 comprimés 200 mg
6 118000 032328
مخبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال
ORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC
الألام
الصداع

ALGANTIL® 200 mg
PPV 14DH90
EXP 10/2023
LOT 06012 2

921050692119
Un léger dépôt, dû aux caractères naturels du produit, peut se produire mais ne nuit en rien au produit.

LOT: 220655
DLUO: 09/2025
69,00 DH

6846
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

6 118001 310036

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111

Azix® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941



2 avenue de l'Ouest Lyonnais
69510 Messimy - France

BOIRON

n° visa 215-1502

Médicament homéopathique autorisé

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

Excipients à effet notoire : saccharose, lactose.

Excipients q.s.p. 1 dose globules de 1 g.

d'Anas barbariæ dynamisé à la 200^e K.

Extrait filtré de foie et de cœur

COMPOSITION

oscillo

6 do

BOTTU SA

PPV : 71DH50

États gr

oscillo

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États gr

oscilloco

6 doses



oscilloco

6 doses



2 Avenue de l'Ouest Européen
69510 Messimy - France