

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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire ayant 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 canalaires.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-798103

Déclaration de Maladie

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9063			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)			
Nom & Prénom : EL KHALID			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 342201 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BEN MALLEM Mustapha
 Pneumophtisiologue
 1 Rue d'Aïnénha, Avenue Av 2 Mars
 Casa - Mers Sultan
 Tél. : 022 82 23 42

Date de consultation : **25/10/23**

Nom et prénom du malade : **EL KHALID Yasmina** Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Respiratoire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **08 MAI 2023**

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 : _____ **Signature de l'adhérent(e) :** _____
Le : _____ / _____ / _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Soins	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/04/23			300,00	INP : 091018 DOCTEUR BEN MALLEY Pneumophtisiologue AV 2 Mars Rue d'outre mer 15 suran Cash 23/04/23 Tél.: 022 22 23 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Radiologue	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYMANE QUAI D'ALGER 10 bis, 90000 ALGER	25/04/23	697,30

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

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS _____
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

الدكتور بن لمعن مصطفى

Spécialiste des Maladies Respiratoires

إختصاصي في الأمراض الصدرية

C.E.S de l'Université de Paris

خريج جامعة يارس

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

الضيقـ داء السلـ أمراض الرئة

ALLERGIE RESPIRATOIRE

مرض الحساسية

SEVRAGE TABAGIQUE

الإلاع عن التدخين

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

Yasme El Khalid Yasme

132100

D'Aclair jacket 1g (Sale 16) S.V.

401⁰⁰

② Preduzvog S.V.

G. 130 3g by Cuth after rep
X51 a Jules

③ Venkatesh Spray &

$$186,000 \times e^{260/10} = 4/2(37)^5$$

④ Oxyflow 250 spray (250)
2 bottles x 2 1/2 + 2 m.

الهاتف : ٤٢٣ ٨٢ ٥٢٢ - العنوان : الدار البيضاء - أئشنا - زنقة ٩٧ - ع ٢ مارس - ١٣٩٦

Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Anthènes - Casablanca - Tél : 05 22 82 23 42

~~S~~ Tetaiaz ~~S.V.~~

2 pulvres de 20g le
Mardi Soir à 2 mrs

~~T = 697,30~~

~~OCLEU GENMALLEM Mustapha~~
~~Pneumonologiste~~
~~1 Rue d'athénée - 2000 Anvers~~
~~Casa - Mars sultan~~
~~Tél. 022 87 23 42~~

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier des Fleurs - 2000, Rue Henri
Muquer, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 66 21



Comprimés
éffervescents
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



COOPER

PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
41, رoute محمد الدويري 20110 الدار البيضاء المغرب
صيادلة مسؤول : أمينة الداودي

LOT N°:

4000

UT. AV:

PPV (DH):



KYFLOW

onate de fluticasone/
térol

nsion pour inhalation
on pressurisé

P.P.V : 185.00 DH

LABORATOIRES SOTHEMA

RO

PPV: 110 DH 00
PER: 01/2024
LOT: GA20093



Ventoline

SALBUTAMOL



CLAV®

LLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

pour
suspension buvable
et

100
microgrammes/
dose

5 mg

Clavacilline-acide
8/1

de 16 sachets



Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

PHARMA 5

OT : 4232
ER : 11-24
P.V : 132DH00

Lot

F M 9 S

EXP

09 2024

PPV

45,30 DH