

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° W21-802201

164143

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEBBAR Med EL GHALI
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - FIV/ICSI
88, Bd Bjr Anzarane Maarif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

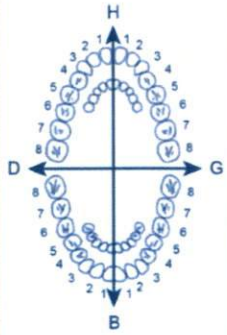
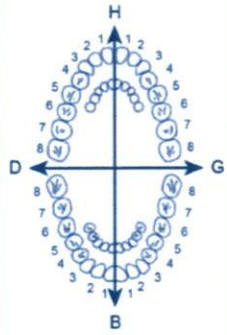
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
26/05/23				INP : 6810931218 Dr. LEBBAR Med EL GHALI Gynécologie - Infertilité Obstétrique - FIV- ICSI 38, Bd Bir Anzarane Maarif Casa Tél: 0522 25 35 31-39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie GIL BENABRAH Touna 100, Boulevard Ibn Sina Tél: 05 22 36 18 68 - Casa	26/05/23	928,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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 canaux, 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"/> 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Casablanca le 26/05/2023

M^{me} MOULEH SALMA

Ep AIT MEHDI

138,30

1)

AUGMENTIN

500

(ou MAXICLAV)

1g

2 - 0 - 2

ou 1 - 0 - 1

(06j)



2)

OLIGOBS Allaitement

+

KELAVIT Allaitement

1 - 0 - 1

1 - 0 - 1

30,00

3)

MYANTALGIC

(10j)

12,5g

PROFENID

1g

1cp toutes les

6 heures (ou j)

1j (ou j)

(1 boîte) (Repos)

76,00

4)

LANCINOL crème Mame d'ore

CATRIDIM ou CICACUTENE crème

MEBO crème

Dr. LEBBAR M^{ed} EL GHALI

Gynécologie • Infertilité

Obstétrique • FIV • ICSI

38, Bd Bir Anzarane, Maarif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39

Cabinet: Rés. Ennour - 38, Bd. Biranzarane - Maarif
5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca


Tél.: 05 22 25 35 31 / 39 : الهاتف • Fax : 05 22 25 35 39 : الفاكس


Gsm : 06 61 38 49 58 : المحمول • ICE : 001687653000089

En cas d'urgence

في حالة إستعجال

5) Ceinture Abdominale (Taille L)
Bande de Contention (Type X)

6) BEROCAL
59,00  1ic matin (10j)

7) LOVENOX 0,4 
349,00
138,10
202
1ic + 1ic soir (10j)

Dr. LEBBAR MEN EL GHAT
Gynécologie - Infertilité
Obstétrique - S.I. ICSI
38, Bd Bir Anzarane Maarif Casa
Tél: 0522 25 35 31/39



Pharmacie C.I.L.
BENBACHIR Tounza
100, Boulevard Ibn Sina
Tél: 0522 36 13 68 - C.I.S.S

928,50

Lot/Batch : 2L316C

Fah / Mar : 122

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1- 

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1- 

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1- 

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 09/2024
LOT 26053 3

500mg/62,50mg Comprimé
rimés à 500mg/62,50mg
u d'1 alvéole
gmentin 500mg doivent
ice au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محت
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطم

ière 111, Qi-Zenata,

tant :

rmacien Responsable.

te de Rabat R.P.1,

nc :



بصرف فقط بموجب

onnance - LISTE II

SES PRESCRITES

الحظرم الملم

PPV: 138,30 DH
LOT: 650246
PER: 06/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

76,00

