

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° W21-794829

166133

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6735 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHIHABY Meicy

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664344093 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 04 2023

Nom et prénom du malade : CHIHABY Meicy

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

Nature de la maladie : Brûlure thermique

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
03/04/23	C	①	302,44	INF : 0910010117

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/4/23	707,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

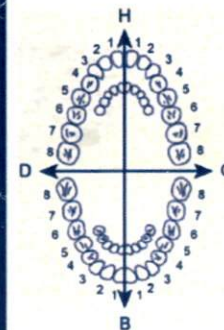
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/04/23	Radiologie	202,44

AUXILIAIRES MEDICAUX

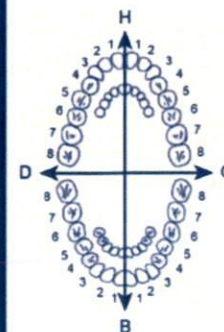
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

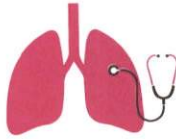
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاد التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

03.04.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mme CHIHABY MERIAM

1 - VENTOLINE SPRAY

prendre 02 bouffées toutes les 20 minutes pendant la première heure, puis toutes les 04 heures pendant 05 jours

2 - ZEPHIRUS 20/120MG

prendre une gellule matin et soir en inspiration buccale profonde pendant 01 mois
se rincer la bouche après sage avec de l'eau ou boire un grand verre d'eau.

3 - SINGULAIR 10mg cp pellic : Plq/28

Prendre 1 comprimé au coucher, pendant 1 mois.

4 - AUGMENTIN 1 G COMPRIMÉ

prendre 02 comprimés(soit 1 g) 3 fois par jour x 08 jours

5 - VIBRA 200 MG

1 par jour, au cours du repas, pendant 8 jours.

6 - ZYRTEC 10 MG BOITE DE 30 GEL

1 comprimés au coucher, pendant 1 mois.

7 - BRONCATHIOL SIROP

1 le matin et le soir, pendant 6 jours.

8 - SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

Prendre 2 comprimés le matin pendant 5 jours.

BRONCHATHIOL®

Carbocisteine 5%

31,20

ADULTE



6 118001 160181

SINGULAR® 10 mg.

Montelukast sodique,

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

747373/310314-1

SINGULAR® 10 mg



comprimé pelliculé

Montelukast

50

SANOPI

Lot/Batch: 4PV7A
Fab./mfg.: 02/2022
EXP: 01/2025

Solunred® 20mg

Vibra® 200 mg

8 comprimés sécables



6 118000 250449

أدوية صيدلانية دوكس



LOT N°: FY9929

UT.AV: 05 24 P.P.V

89,00

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 650798
PER: 08/24



Zyrtec® 10mg

زيرتيك 10 ملغ
سيتيريزين ديكلوروهيدرات

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

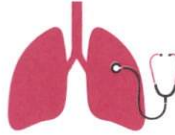
AMM N° 356/14 DM/21
Zyrtec® 10mg
15 comprimés pelliculés sécables
6 118000 020151

63,20

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاد التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص

المعمف بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

3 Avril 2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Radio du thorax face

Nom : CHIHABY

Prénom : MERIAM

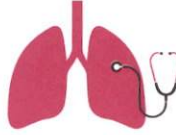
Qualité du cliché : bonne

Interprétation : normale

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Physiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 68 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang
3 Avril 2023



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاد التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le _____

الدار البيضاء، في _____

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Madame CHIHABY MERIAM

concernant l'examen radio thorax face

la somme de 200 dhs

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Physiologue Allergologue
16, Bd Abdelmoumen Angle B+1 Anoual
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5
Casablanca - Tél:(212) 522 99 66 24