

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 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 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

- 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 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

M23-005849

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4255 Société : Royal air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAWFIK Ahmed
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : Res. les jardins de Bouznika 20000 BORDJ BOUZZAÏA
 Tél : 06 79 41 11 17 Total des frais engagés : 614,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/23
 Nom et prénom du malade : STAJIB Naima Age : 65 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Arterio-sclérose
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Bensalem 2023 Le : 19/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/07/23		C	614.40	Dr. EL MOUHIB SAMIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AICHA 74 Lot Essalah Tél: 05 43 28 28 05 INPE: 092069913	18/07/23	614.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

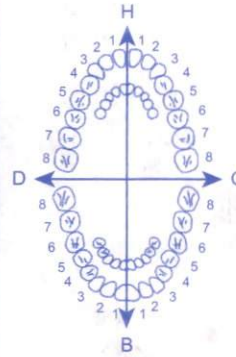
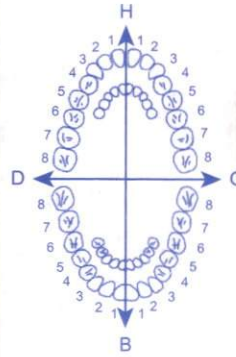
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 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

Dr. EL MOUHIB SAMIR
Medicine Generale
197 Bd Moulay Youssef RDC
Benslimane
Tel: 05 23 28 11 66

Le: 10/07/2023
Dr. EL MOUHIB SAMIR
Medicine Generale
197 Bd Moulay Youssef RDC
Benslimane

Jeune SAJED NAÏMA.

ORDONNANCE

5000 x3

1 Farplex fol (S)

1 flacon — 0 — 1 flacon

pt 2 mois

juis 1 flacon

— 0 — 14 jours

4500 x2 Hydruox 1 box (S)

PHARMACIE AICHA
74 Lot Essalam Alia Mohammedia
Tél: 05 23 28 28 05
INPE: 092069973

Sy x 1 fl 2j — pt 15j — pub

Sy x 1 fl 1 semaine pt 1 semaine

49.60

D-Cinefit (S) — 12 semaines

119.00

4 Justours gel (S) — 6 semaines

Dr. EL MOUHIB SAMIR
Medicine Generale
197 Bd Moulay Youssef RDC
Benslimane

Dr. EL MOUHIB SAMIR
Medicine Generale
197 Bd Moulay Youssef RDC
Benslimane

47.80

Dosim Ross (S.V.)

614.40 Ly - 2y 4y

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

Dr. EL MOUHIB SAMIR
Médecine Générale
107, Bd. Moulay Youssef RDC
Bordj
Tél : 05 23 28 11 62

PHARMACIE AICHA
74 Lot Essalam Alia Mohammedia
Tél : 05 23 28 28 05
INPE : 092069913

47.80 DH
03/25
L0215

GR104 0225

LOT PER

Prix 119.00

HYDROXOCOBALAMINE BA

PPV 580H50

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 580H50

PPV : 49,60 DH

LOT : 23809

EXP : 02/2026