

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

- 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

M22- N° 001987

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7384 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENHIMDA KARIM
 Date de naissance : 27 MAI 1962
 Adresse : 146 rue ARRAYHANE AP 5 BAY CABA MAROC
 Tél. : 0661345563 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khaled HALBOULY
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Rue Eendouh Ed. Mohammed V - CASA
Tél: 05 22 47 16 80 / 05 22 27 88 61

Date de consultation : 18 / 09 / 2023
 Nom et prénom du malade : RAZINE SARA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection digestive
 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 : CASABLANCA Le : 16 09 / 2023
 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
18/09/23				Dr. Khaled H. LOULY Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Chirurgien 7, Rue Benachoua - Mohammadia - Alg. Tél: 05 22 47 1660 / 05 22 27 88 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/2023	7261000

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
		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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

LOT 221879
EXP 08/2025
PPV 99.00DH

LOT 221879
EXP 08/2025
PPV 99.00DH

Microscopie Digestive
Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

18 SEPT 2023

Casablanca, le

RAZINE Souad

الحالة
الحالة

36,80
① Neomox 1g (S.V)

169,00 x 2 → 2 mal x 10
② Clark 500 (S.V)

39,20
③ Nidazol 500 (S.V)

99,00 x 2 → 2 mal x 10
④ Oclatis (S.V)

⑤ Somute 1 fil fin

Pharmacie NOUR
105, Ang. ...
Sidi Abou ...
Tél: 0522 36 39 11

LOT : 5824
PER : 12 - 26
P.P.V : 39 DH 90

Nidazol 500 mg
Boîte de 20 comprimés
6 118000 090472

71140
PPV : 71 DH 40
PER : 05/24
LOT : K1309

Transilac

p=ch



noche 14

726/10

TRANSILAC®
lactulose

Solution buvable à 50% 20 sachets



6 118000 040835

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Bulle de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH



6 118000 191001

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Bulle de 14 comprimés orodispersibles

PPV : 160,00 DH



6 118000 191001

NEOMOX®

Amoxicilline 1g

Bolle de 24 comprimés dispersibles

PPV : 96,80 DH



6 118 000 190639

Pharmacie NOUR
KARIM Soudine
108, Angit - Route 2 A. nsourot Sid.
Sini Abbe - Annam - Casablanca
Tél: 0522 27 20 11

DR. M. H. MALLOU
Spécialiste des Maladies
Sexuellement Transmissibles
et Parasitaires
Châtouan 90100
Tél: 0522 50 18 17

M N° : 174/16DMP/21/NRQ