

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-007376

175884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOUMFI MOHAMED
 Date de naissance : 31/12/1955
 Adresse : CITE EL HANK - Imm. 2 - Apt. 17 - CASABLANCA
 Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 1725,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/09/23
 Nom et prénom du malade : ZOUMFI Mohamed Age: 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète type 2
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC
 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
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 20/9/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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	
08/9/23		G2	300 DH	 Dr. EPPAH ABDOULAYE YOUSSIF NDIAYE Dermatologue 737, Angle Bd/Moulay Youssef près Souk Bés, Miramir V° 3, 3 ^e étage, Casablanca. Tél : 0522 20 22 11	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Dr. GHAZLAOUI Laïla
Pharmacien, Alakhawine Had Souk
tél. 05 22 96 34 12

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

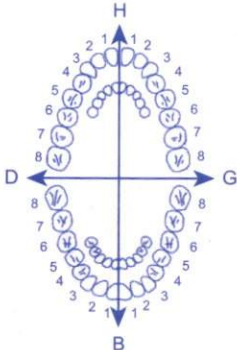
Cachet et signature
du Praticien

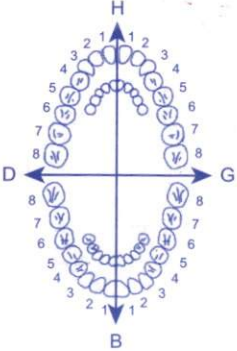
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">B</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

18/9/23

Mr Zouaf Mohamed

479.00

Jardiance 25 ^{1's} x 3 mg

$\frac{1}{2}$ 411 tot 1 mg

107,60 x 3 = 322.80

Stagid ^{1's}

14 x 21

Simvast 40

0 - 0 - 2

Uveche 100.000 (3bt)

Pharmacie AL ARHAWINE
Dr GHAZLAOU Laila
Lot Alakhawine Had Souk
Tél: 05 22 96 35 12

Dr. ERRAJRAJI Zineb
Endocrinologie Diabétologie
737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er Etage
Boukraa
Tél: 05 22 26 52 11

737, شارع مولاي يوسف ، زنقة بوكراع ، اقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 11

TRUS →

Dr. EDDY ZINEB
 Dermatologue-Diététicien
 737, Angle Bd/ Moulay Youssef et Souk Kraa
 Rés. Miramar N° 3 1er Etage - Casablanca
 Tél: 0522 20 52 11

- Reloxin B6 (16A)

0 - 0 - 1

- Benidaze (16A)

$208,00 \times 3 = 624,00$

- Coveron 5/15 x 13

1 - 00

Dr. EDDY ZINEB
 Dermatologue-Diététicien
 737, Angle Bd/ Moulay Youssef et Souk Kraa
 Rés. Miramar N° 3 1er Etage - Casablanca
 Tél: 0522 20 52 11

$\frac{1}{t} = 1425,30$

Pharmacie AL AKHAWINE
 Dr GHAZLAOUI Laila
 10, Bd Alakhawine Had Souk Kraa
 Tél: 05 22 96 31 13

6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTUS.A.

PPV : 479 DH 00

LOT 230461
EXP 01 2026
PPV 107.60

Stagid* 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 230886
EXP 02 2026
PPV 107.60

Stagid* 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 230886
EXP 02 2026
PPV 107.60

Stagid* 700 mg
100 comprimés sécables



208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



208,00

COVERAM® 5mg/5mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés

