

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

N° W21-816041

179535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7449 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : ex agent

Nom & Prénom : LABSIR AMAL

Date de naissance : 26.10.1964

Adresse : 66, rue Termis, B3, Yacoub el Mansour

App 2 Maarif de l'Union, CASABLANCA

Tél. : 0661199593 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : LAMHAYA KARIL

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

Nature de la maladie : pharyngite

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 : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

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
17-10-23	CS		1100,50	INP : 060064839

Dr. Taoufik KACHANI
Anesthésie - Réanimation

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-10-23	161,30

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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														



Composition :

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 10 comprimés sécables

AMM N° : 404/17 DMP/21/NRQr

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg
PARACETAMOL
Boîte de 10 comprimés sécables P.P.V. : 13,20 DH



100x45x20

الآلام والحمى

سيتاميل®
باراسيتامول 1000 ملغ

أقراص قابلة للكسر
عن طريق الفم

10

شالينيكا

Lot N° / Date Per. :

سيتاميل® 1000 ملغ
باراسيتامول

الآلام والحمى

Douleurs et Fièvre

CETAMYL®

PARACETAMOL 1000 mg

10

comprimés sécables
Vole orale

 **GALENICA**

Composition : **AMM N° : 404/17 DMP/21/NRQr**

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés sécables

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg 
PARACETAMOL
Boîte de 10 comprimés sécables P.P.V. : 13,20 DH



Douleurs et Fièvre

CETAMYL® 1000 mg
PARACETAMOL

100x45x20

ECECB7VFA02

بيكو تيمول

بالليدوكاين

قارورة 150 مل

محلول غسول للفم
غرغرة

18150

18150



سفير

أموكسيسيلين
/ حمض كلافيلاستيك

1 غ 125/
عن طريق الفم



مسحوق لتخضير معلق للشرب

16 x

كيسا

لل كبار

125/ 1649
معدة / صباح / زوال / مساء



COOPER
PHARMA

PPV: 116DH00
PER: 05-26
LOT: M 1649





المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 23025116 Du : 17/10/2023

Patient : KAMIL LAMHAYA

Prise en charge : PAYANT

Admission : 17/10/2023

N° Dossier : 23023896

Sortie : 17/10/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
			Total clinique	400.00
Arrêtée la présente ticke modérateur à la somme de :			Total brut :	400.00
Quatre cents dirhams			Remise :	0.00
			Total net :	400.00

HOPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif - Casablanca
ICE: 002924279000042
IF 50575193 - RC: 109051