

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

M22- 0043190

180225

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05460 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEHNANI Naima
 Date de naissance : 24/01/1954
 Adresse : Aje d'el sijlmani Residence Taghzout
 n° 4 Casablanca
 Tél : 06 43969353 Total des frais engagés : 1251,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2023
 Nom et prénom du malade : SEHNANI Naima
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 Le : 14/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
14/10/23			20000	

Dr. Sadi Rue 60 N° 28800 S. Casablanca
Diplômée de l'École Supérieure de Médecine de Casablanca
Spécialité : Diabétologie
Echographie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOUCHAMA Imane BOUCHAMA 5, Lotissement SFA2, N° 6 Tit Melin - Casablanca Tél: 05 22 02 17 07	14/10/23	1651.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

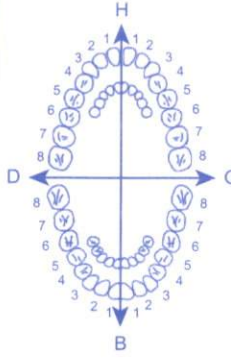
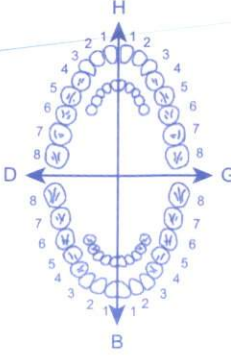
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

Docteur RAQUI Halima

Médecine Générale

Diplômé en Echographie Générale
Diplômé en Diabétologie
Faculté de Médecine
de Montpellier

Hay Sadri - Lot. 83 Groupe 5
1er étage - CASABLANCA
Tél.: 022 70 88 31

الدكتورة راقي حليمة

الطب العام

حائزة على شهادة الفحص بالصدى
حائزة على دبلوم داء السكري
من كلية الطب بمونبولى

حي السدري تجزئة 83 مجموعة 5
الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 70 88 31

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Pharmacie BOUCHAMA
Dr Imane BOUCHAMA
Lot 5, Lotissement SFAZ N°6
Tit Mellil - Casablanca
Tél. 05 22 02 17 07

294.00
x3

79.70

19.70

69.80

T = 1051.20

CHUSO
NAN

CHUSO

CHUSO

CHUSO

CHUSO

CHUSO

CHUSO

CHUSO

Docteur RAQUI Halima
Diplômée en Echographie Générale
Diplômée de Diabétologie
Hay Sadri Rue 83 N° 2606
Lotissement SFAZ N° 6
Tit Mellil - Casablanca
Tél. 05 22 70 88 31

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبيين

كوفيرام

10 ملغ / 10 ملغ

ل أرجنين / أملوديبيين

يؤخذ عن طريق الفم .
الحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظرهم .
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغ من البيراندوبريل بما
يعادل 10 ملغ من البيراندوبريل أرجنين ، و 13,870 ملغ من
الأملوديبيين بيزيلات بما يعادل 10 ملغ من الأملوديبيين .
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء : راجع النشرة لمزيد
من المعلومات .
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية .
التقيد بالجرعة التي وصفها الطبيب .
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال .

التصنيع : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland

التعبئة : سرفيه - المغرب
Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

30 حبة

40 X 40 X 65 mm

23410
x360

220 / 7
06 / 24
122D1180



AZIX[®]

Azithromycine

ET PRESENTATION

ng sécable, boîte de

THERAPEUTIQUE

infections dues aux g

piratoires hautes :

iratoires basses (y c

ntostomatologiques;

nées;

tissus mous;

vicites non gr

CATIONS :

allergie à l'az

épatique sévè

ARDE :

station allergi

ment doit être

édecin traite

e traitements

nt ne doit pa

que.

de données

mandée.

IS D'EMPL

édecin traite

patique, an

que, prise c

SIRABLE

fs : nausée

s allergique

la prescrip

de plus d

r jour pen

MINISTRA

ris penda

LISTE I).

79,70

PPV 79DH70

PER 06/20

LOT L2208



20 قرص

أبو جعفر

200

mg
101005 - 04.11

ALGANTIL[®]200 20 dragées

PPV 19DH70
EXP 04/2025
LOT 23003 4