

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-789144

189669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5118 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDEL KRIM EL FILALI SAMIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YOUSSEF AIN AP

Tél. : 066965503

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : KENZY NERYEN

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

Nature de la maladie : affection chronique

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 : 07/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

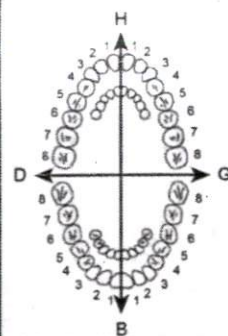
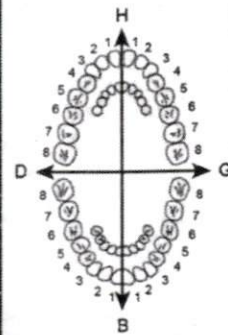
VOLET ADHERENT

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
07/12/23				INP : 00194401

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida VinChock-Casa-022-50.75.19	07/12/23	512,40

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'O.D.F.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]														
				MONTANTS DES SOINS	[]														
				DEBUT D'EXECUTION	[]														
				FIN D'EXECUTION	[]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	[]														
				DATE DU DEVIS	[]														
			DATE DE L'EXECUTION	[]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Video Electroencéphalogramme "EEG"

Eletroneuromyogramme "EMG"



الدكتورة الراجبي لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

PHARMACIE ADDIAR
76-1 Rue 3 Addiar Al Jadida
MinChock-Casa-022-5075.19

Casablanca, le 07/12/2023

3* 75,00 EPYCA 7K mg (Medi 1mms) S.V
 24,00 Hydroflor (Medi 15mg) S.V
 23,50 daltram (Medi 15mg) S.V
 40,00 Effipud 2mg S.V
 3cp/15 jlt 1 semaine
 - lans 2yl pH (2 Flamm) S.V
 123,60 the sumi 4mg S.V
 512,40

Dr. RAJI Lamia
NEUROLOGUE
Explorations Fonctionnelles EMG-EEG
119, Bd Abdelmoumen - Casablanca - 022 22 49 25 55

119, شارع عبدالمومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1^{er} étage - N° 11 - Casablanca

الهاتف : 05 22 49 25 55

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

GTIN: 06118001260850
LOT: 4145
MFG: 03 2023
EXP: 03 2026
PPV: 94Dhs00



Do
Paracétam

20 Comprimés pelliculés
Voie orale

PPV: 29DH50
PER: 02/26
LOT: M497



LOT 32014 1
EXP 04/2026
PPV 40DH00

EFFIPRED® 20 mg

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

EXP. MAR-26
LOT 2PUB
FAB. APR-23

SYNTHEMEDIC
21 rue zébaire nou & Co
13000 Aubagne
France
INTEXTIM
40 mg
Boîte 14



6 118001 260690



AstraZeneca