

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 051077

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 692 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAISS Anasse

Date de naissance : 23-5-58

Adresse : 11 rue fraternité Cas

Tél. : 06 18 27 0000 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 3109 RAI 3 / JORIM Age :

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

Nature de la maladie : Myocard infarctus

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 : 10.05.2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/03/2010	Ex	1	20000	
10/03/2010	Ex	1	20000	
10/03/2010	Ex	1	20000	
			<u>60000</u>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Mme ALLOUACHE Zohy Khadija</p> <p>Pharmacie Les Arènes</p> <p>5, Rue Jaki - Médine Savouri</p> <p>Quartier Racine</p> <p>25 22 36 28 24 - Casablanca</p>	10/03/2020	72 290,00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

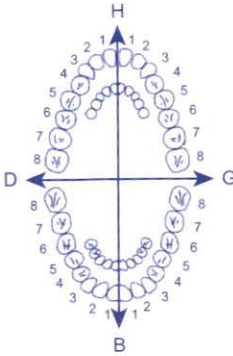
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES.

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div>		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			
		25533412 00000000	21433552 00000000										
		D	G										
		00000000 35533411	00000000 11433553										
B													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

10/03/2020

Madame EL AMRANI EL IDRISSE Ouafae

CLAZEN 500 XL : 1 comp. midi avant repas x 5 jours

PECTRYL : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

AERIUS-5 mg - boîte de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

6180 + Clarix 250

170.00
120.00
T2 290.00

Mme ALLOUCHE Fatma Khodija
Pharmacienne
5, Rue Jalal El Din - Sayouti
Quartier Racine
Té.: 05 22 36 28 24 - Casablanca

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

15 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

15 أقراص
ملبسة

LOT: 079-1
PER: OCT 2021
PPV: 61 DH 80

الأحس

كلازين[®]
كلاريثروميسين

Clazen[®] XL

clarithromycin

500 mg

7 Comprimes pellicules à libération prolongée



6 118000 330448

500 ملجم

أقراص مغلفة
ممتدة المفعول
عن طريق الفم

7 أقراص مغلفة
ممتدة المفعول

85,50



ب. ج. پ. س. ا. ن.

150 مل



شربت منظم الصدر

برونشیت - سولفونامید - پرومیتین

پکتیل

PPV 22DH70

EXP 11/2022

LOT 90051 4

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

150 ml

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

10/03/2020
M 3 / AMRACI = LBAIRY. oufep.

Honoraires verses

Le	Consultation	Σ 200,00 DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	200,00 DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	DH
Le	Pléthysmographie / DLCO	DH
Le	Spirometrie - Oscilling	DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	DH
Le	Polygraphie sous VNI	DH
Le	Gaz du Sang Artériel	DH
Le	Mise en Place de VNI	DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	DH
Le	Tests Cutanes	DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA	DH
Le	Aerosol + Injection	DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"	DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"	DH
Le	Echographie de repérage	DH
Le	Exsufflation	DH

TOTAL : 400,00 DH