

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-519690

33940

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop ALICHAFF II - n° 21 Sidi Maarouf CASABLANCA

Tél. : 0522.3214.96 Total des frais engagés : 4.605,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELMAJID

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

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31.08.2020

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 : 20/07/20

Signature de l'adhérent(e) : HALMONY

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
30/06/2026				Dr. Sineh Boudiaf Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachfine El Mourakouchi 3ème Etage Casablanca - Tél: 0522 0 11 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2026	4355,80

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	

Important :	
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.	
<div> <div>STARVAL® 80 mg</div> <div>28 comprimés pelliculés</div> <div>Voie orale</div> <div>6 118000 380405</div> </div> <div> <div>STARVAL® 80 mg</div> <div>28 comprimés pelliculés</div> <div>Voie orale</div> <div>6 118000 380405</div> </div> <div> <div>STARVAL® 80 mg</div> <div>28 comprimés pelliculés</div> <div>Voie orale</div> <div>6 118000 380405</div> </div> <div> <div>STARVAL® 80 mg</div> <div>28 comprimés pelliculés</div> <div>Voie orale</div> <div>6 118000 380405</div> </div>	<div> <div>Cardensiel® 5 mg</div> <div>Comprimés pelliculés sécables B/30</div> <div>PPV: 58,10 DH</div> <div>6 118001 100873</div> </div> <div> <div>Cardensiel® 5 mg</div> <div>Comprimés pelliculés sécables B/30</div> <div>PPV: 58,10 DH</div> <div>6 118001 100873</div> </div> <div> <div>Cardensiel® 5 mg</div> <div>Comprimés pelliculés sécables B/30</div> <div>PPV: 58,10 DH</div> <div>6 118001 100873</div> </div>
<div> <div>XARELTO 15 mg</div> <div>Rivaroxaban</div> <div>42 cps</div> <div>P.P.V. : 1326,00 DH</div> <div>Bayer S.A.</div> <div>6 118001 090785</div> </div> <div> <div>XARELTO 15 mg</div> <div>Rivaroxaban</div> <div>42 cps</div> <div>P.P.V. : 1326,00 DH</div> <div>Bayer S.A.</div> <div>6 118001 090785</div> </div> <div> <div>XARELTO 15 mg</div> <div>Rivaroxaban</div> <div>42 cps</div> <div>P.P.V. : 529,00 DH</div> <div>Bayer S.A.</div> <div>6 118001 090785</div> </div>	<div> <div>ZYLORIC 100 mg</div> <div>Boîte de 100 comprimés</div> <div>A.M.M. N° 63 000 000 000 000</div> <div>SOTHEMA BOUSMOURA</div> <div>6 118000 022268</div> </div>
<div> <div>O.D.F</div> <div>PROTHESES DENTAIRES</div> <div> </div> </div>	<div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div>25533412 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 35533411</div> <div>G</div> <div>00000000 11433553</div> <div>B</div> </div> <div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div>
<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> </div>	<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div> </div>



26/06/2020

Halimouy Abdelmjid.

1315x4

- Stano 08

1fg

58,1x3

caudomir 1

1fg

1326x42

529 w

Xaest 10

2fg

4x70

Zy Roec 100

1fg



200ml

200

- 1000



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5

Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

71.30 x 6

Tanaka

30 x 20

39.80

Paroxyl 6tr 1187

T=4355,80 9tr 6 Ser



3000
00

Dr. Siham BELAICHE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn
El Ahras El Mourakouchi
Casablanca - Tel: 0522 61 11



tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71.30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71.30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71.30

71.30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

Le 30.06.2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Certifie que Mlle, Mme, M :	Hermony Abdelmajid
Présente	HTA @ ACFA @ AVC mac
Nécessitant un traitement d'une durée de:	indéterminée pour une durée
Dont ci-joint l'ordonnance:	Stav 030 1p Xarelto 1p, Zyrtec 100 1p Tonsil 1p
(A défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. Siham BELAICHE
CANDIDAT
Angle 18/19 Tachine et Ibn
El Adna El Mourakouchi
Casablanca Tél: 0522 61 11 33

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

JUN 30 2020 14:39
ID= AGE=

AC, DERIVAT

HAL MONY
ABDELMAJID

