

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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
Tél : 05 22 22 45 45 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0045747

43845
☒ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2464 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI CHARF Abdallah

Date de naissance : 1949

Adresse : Rue 52, maison n° 15 IFRIOU'A CASA

Tél : 0664896489 Total des frais engagés : 2362,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : EL KBOZZER LAIDIA Age : 61 ans

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

Nature de la maladie : Hypothyroïdie + Epilepsie

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 : 08/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA FRATERNITE Mme. MGHABBAR RAJA Bd Abdellah Senthay Hay Jawadieh Casablanca Tél: 05 22 291 330	8/11/2022	2242.80

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

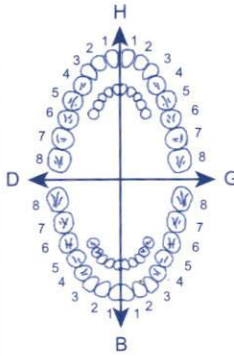
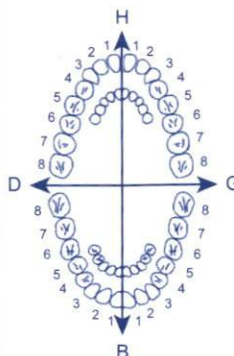
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

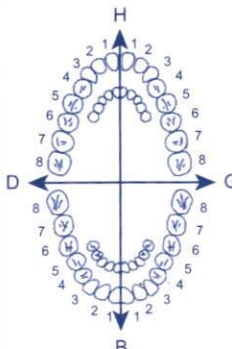
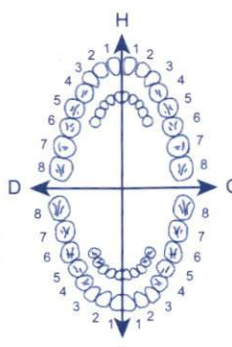
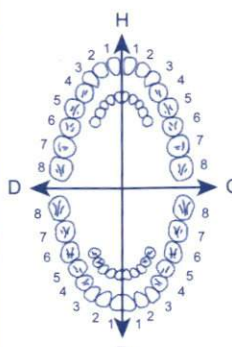
Important :

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

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"> <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>D</th> <th>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	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"/>															

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	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 L'EXECUTION

Docteur Myriam Wahbi Zizi

Spécialiste en médecine de travail

Ancienne interne à la maternité

du CHU averroes

Electro cardio-gramme

médecine Générale

Echographie Générale



الدر كنورة مربي و هبي الزبزي

إختصاصية في طب الشغل

طبيبة داخلية سابقا قسم التوليد

مستشفى ابن رشد

التخطيط الكهربائي للقلب

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 08/10/2020

M. Driss Cherfi Abdelhak

679,80

1) Dépatine

100 up 113,30 x 6

1-0-1 up

pol 3 mois

498,60

2) Tenormine

100 up

83,10 x 6

1 up

pol 3 mois

204,40

3) Levothyrox

25 up

PHARMACIE DE LA FRATERNITE
Mme. MGHABBAR RAJA
65, Bd Abdellah Senhaji Hay Jawadieh
Casablanca
Tél: 05 22 291 330

1 up

1044,00

4) Keppra

210 up

348,00 x 3

1-0-1

pol 3 mois

2242,80

حي إفريقيا سعاد 2 الزقاق 55 رقم 6 (قرب صيدلية سيف الدين) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 31 06

Cité IFRIQUIA - Souad 2 - Rue 55 - N° 6 (prés pharmacie siffe eddine) - Casablanca - Tél : 05 22 37 31 06

Fax : 05 22 37 31 06 - Patente N° 37304580 - ICE 00205426400054

في حالة الإستعجال : 06 61 07 80 51 GSM

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 348,00 DH

ID : 644428

6 118001 142590

ID : 633979

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 348,00 DH

6 118001 142590

ID : 644206

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 348,00 DH

6 118001 142590

TENORMINE® 100 mg

83,10



notice avant
vous avez un
médecin ou à v
avoir besoin d

ve
ard, amidon de
lose, glycérol, d

83,10



Forme pharmaceutique
Comprimé pellicule sécable

83,10



E MEDIC
diminue cer
culaire.
ivants :

ine de poitri

83,10



ATTENTION !
DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER C

83,10



E dans le
ques obst
die des

le traiteme

(aque).
oisième degr

83,10



oures et en monothérapie), (variété de crises

d'angine de poitrine).

- maladie du sinus (y compris bloc sino-auriculaire).
- bradycardie importante (< 45-50 battements par minute), (ralentissement du rythme cardiaque).