

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.

Diagnostic 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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- 061770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : LILY44

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAYANI NAJAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 51.60.85.40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 :

Le : 16.09.2021

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/>																		
				Montant des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																			
			Fin d'exécution <input type="text"/>																			
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM: <u>EL OUFANI NAFAT Uale</u>	Mle <u>1868</u>
DECLARATION N°		P 17 / 0065498	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
<u>14.10.20</u>	<u>2954,80 DH</u>	<u>12 pièces</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0065498

DATE DE DEPOT

14 / 10 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1868</u>
Nom & Prénom <u>EL OUFANI NAFAT Uale</u>		Signature de l'adhérent
Fonction	Phones <u>0651-40.85.40</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>EL OUFANI NAFAT</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>14.10.20</u>
Nature de la maladie	<u>Diabète + hypertension</u> Date /ère visite <u>14 OCT. 2020</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>160 DH</u>
PHARMACIE	Date <u>14.10.20</u>	
Montant de la facture	<u>2804.80</u> 	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
CACHET		

Dr. Araqi Houssaini Najib

MÉDECINE GÉNÉRALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces

Royales Arms de Casablanca

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

16, Rue Okba Bnou Nafie - Berrechid

Tél. : 05 22 33 73 21

GSM : 06 62 07 65 56

الدكتور عراقي حسيبي نجيب

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات
الجوية الملكية بالدار البيضاء
خبير محلف لدى المحاكم

16، زنقة عقبة ابن نافع - برشيد

الهاتف: 05 22 33 73 21

المحمول: 06 62 07 65 56

14 OCT. 2020

437.0 EL LOUJANI NABIA

x3 Tammiet Vo / 1000 (7B)

92.18 - MW

x5 Aurocl 3 mg (5B)

744.0 1c pp le mat

10 - Lanthus Solostar 10 mg 10 de 800

12280 ESAC 40 mg

7950 le mat

15 Carboxane 10 mg 10 de 800

87.0 Pheloxium 10 mg 10 de 800

280480

Docteur ARAQI HOUSSAINI Najib
Médecine Générale
16, Rue Okba Bnou Nafie
BERRECHID - 34000

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05



6 118030 060017



6 118001 081615

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
P.P.V. : 437,00 DH

118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC **P.P.V: 437,00 DH**

124160

100-443886-100

Relaxium®

B6

150 m



2 gélules par jour

*magnésium
vitamine B₆*

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 190452
DLUO: 12/2022
87,00DH



146-147 ZI. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
60 GÉLULES

Carboxane®

Boîte de 30 comprimés

Lot : 190382

À consommer de
préférence avant le : 06/2022

PPC : 79,50 DH

MEDIPRO
PHARMA



فحم نباتي منشط - واكامي - مستخلص الراوند - زيت أساسية للنعناع الفلفلي والبسباس

كاربوكسان®

• يساعد على إزالة الغازات المعوية

• ينظم المرور المعوي

30 قرص

عن طريق الفم