

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.

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 047256

ND: 49286

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 505 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAMINE Melamed

Date de naissance : 1962

Adresse : Hay Al Inara Rue 1 N° 22 Casablanca

Tél. : 66523 1039 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : ARTA me Ned Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + dysthyroïdisme + diabète

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

Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/11/88	G...	1	150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DUMIEZ 550 Bd. de l'Industrie AIN CHENOUA - CASABLANCA Tél: 05 22 82 20 29	12/11/20	1160,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

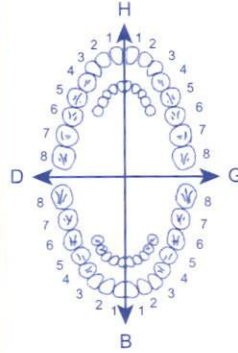
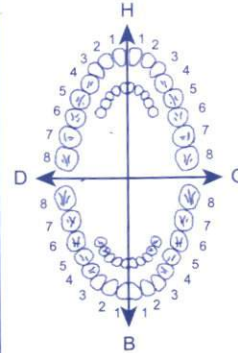
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre, Gynécologie
Femmes, Hommes
et Enfants



لدكتورة أسماء كجورجة

الطب العام
الفحص بالصدى
الإشباع بالأوكسجين
تخطيط القلب
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient: Dr. Asmaa Gourja

Casablanca le: 16-11-2020

PHARMACIE LUMIERES
LABORATOIRE EL EL AU
550.84.81 TUDOS - INARA
AIN CHOUA - CASABLANCA
Tél.: 05 22 42 40 29

D. Asmaa 10mg x

526.40 7x 7520 1x 1x/5 but et 500mg
NS 1x 1x/5 500mg

D. Levotyrox 50mg x

6700 7x 1340 1x 1x/5 but 500mg
NS 1x 1x/5 500mg

D. Glucophage 1000 x

140.50 5x 2800 1x 1x/5 but
NS 1x 1x/5 500mg

D. Tri Taride 10mg x

316.50 5x 6330 1x 1x/5 but
NS 1x 1x/5 500mg

5) Antiflex help on board
2x 3880 (2x)
1 Ap 1 x 5 1/2

7760

2x3880

1A p 12/2 629

67 Diene \rightarrow yes

3250



ap 1 2/86 in

116012

PHARMACIE LUMIERES
LABORATOIRE AU
550, R4, 22 BOULEVARD - INARA
AIN CHAM - COCABLANCA
TEL.: 83 23 82 40 29

374

373

65-143
OUI 00002
PER 12/22

75, 20

$\rightarrow 63, 30$

75, 20 ↙

75, 20

$$F_{1,20} \leftarrow$$

75, 20

75, 20

EGOL

75, 20

LOT: 635
PER: SEP 2023
PPV: 32 DH 50



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

16/11/2020

Liste des ventes avec remise

No vte	Date vte	Cliant	Nom du client	Montant vte	Ope	Tx/Lg	Remise
37450	16/11/2020	0000	Client passager	154,80	01	3,10	4,80
37400	16/11/2020	0000	Client passager	244,00	01	3,45	8,45
37374	16/11/2020	0000	Client passager	302,40	01	20,95	63,30
37327	16/11/2020	0000	Client passager	107,50	01	2,35	2,50
37324	16/11/2020	0000	Client passager	183,00	01	5,00	9,15
37330	16/11/2020	0000	Client passager	210,80	01	4,60	9,70
37322	16/11/2020	0000	Client passager	581,00	01	5,00	29,05
37451	16/11/2020	BENJ	BENNANI KARIMA 06949	43,30	02	4,95	2,15
37409	16/11/2020	0000	Client passager	32,90	02	5,00	1,65
37375	16/11/2020	0000	Client passager	791,20	02	5,25	41,70
37465	16/11/2020	0000	Client passager	-800,00	99	30,00	-240,00
37447	16/11/2020	0000	Client passager	539,00	99	24,45	131,70
37417	16/11/2020	0000	Client passager	156,00	99	30,00	46,80
37404	16/11/2020	0000	Client passager	-8,90	99	5,00	7,45
37430	16/11/2020	0000	Client passager	101,60	99	4,90	7,90
37373	16/11/2020	0000	Client passager	277,00	99	2,55	7,00
Total des remises ventes à crédits			2,15				
Total des remises autres ventes			131,15				
			133,30				

Détails des Crédits Clients

Code	Nom Client	N° Vte
GUED	GUEDMIQUI MED 065775	37437
BAZO	BIAS FATNA 052262290	37433
SA04	SABRI AZZA	37394
HA06	OULOULI 0661-217478	37416
36BE	BEN LARB NEZHA 0520	37345
BIAS	DAHLO MED 0678893126	37325
BENJ	BENNANI KARIMA 06949	37451
1235	HAROUACH AMINE 06615	37432
ZA02	ZAOUA A 0669-969	37405
ZA02	ZAOUA A 0669-969	37402
10R1	ROKAY COLE DECOUVE	37341
1235	HAROUACH AMINE 06615	37434
ECOL	ECOLE DECOUVERTE 066	37428
ECOL	ECOLE DECOUVERTE 066	37427
ECOL	ECOLE DECOUVERTE 066	37364



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



28,00

28,00

28,00

63,30
PER 12/22

63,30

28,00

28,00

63,30
PER 12/22

63,30
PER 12/22