

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.

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 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

- Reclamation : 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° M20- 0000995

57766

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13117 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHAR NASRANE
Date de naissance : 22/10/1993
Adresse : AV. ABDELLAH SENHAGS, N° 102
FRIQUIA
Tél : 0661 68 64 32 Total des frais engagés : 687,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2024
Nom et prénom du malade : SAHAR NASRANE Age : 22

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

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 : Marrakech Le : 31/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/01/2021	ST	ST	ST	Dr. Youssef CHAOUQUI Spécialiste de Traumatologie-Orthopédie CHU Med VI. Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LA FRATERNITE Rg. 80 Avenue Mohammed VI Casablanca Tél: 05 22 291 330	31/11/2021	687,7

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

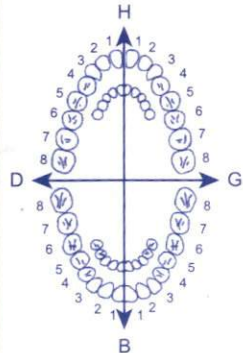
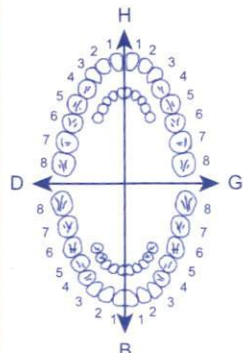
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 31/01/2021

Mr/Mme Narouane Saphir

347.00

1) Abover 04

(S.V)

108.00 17 li

146 li (1 boîte)

(S.V)

2) Oct 200 g

83.20 1 cp x 2 li

146 li (1 boîte)

(S.V)

3) Spectr 000

79.50 14 cp x 2 li

146 li (1 boîte)

(S.V)

4) Carbohort cp

70.00 2 cp li le br

(S.V)

5) Actyl D 5 mg

687.70 14 li le br

Cachet du médecin

Dr. Yassine CHAOUQUI
Service de Traumatologie - Oran

LOT: 2139UAB
FAB: 08/2019
EXP: 08/2022
PUC: 70.00DH

Actyl D
5 µg / 200 UI À avaler
Complément alimentaire à base de vitamine D.
30 Comprimés : 2,4 g

PHARMACIE DE LA FRATERNITE
Mme: MGHABBER RAJA
Bd Abdellatif Serhaty Hay Jawadiah
Tél: 2127291330
Cesaplance

Ocet®

Ofloxacin

200 mg

20

Comprimés enrobés

Voie orale

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سولطما
othema

LOT 192555 1
EXP 11 2022
PPV 108.00

108,00



كاربوجين⁹

فحم نباتي منشط، طحلب أحمر و زيوت أساسية مستخلصة من البسباس

يساعد على إزالة
الغازات المعوية

MEDIPRO
PHARMA

30
غرام

عن طريق الفم

Lot:

À consommer de
préférence avant le:

PPC: 79,50 DH

200031

02/2025

LOT 200161
EXP 01/2023
PPV 83.20DH

500 ملغ
عن طريق الفم



10 x 10 أقراص ملبسة

سبيكتروم[®]
سيرفلوكساسين



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

مدة 12
صباح 1
زوال 1
مساه 1

COOPER
PHARMA

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوءات مسبقا



4000 و.د. anti-Xa تعادل 40 ملغ
محلول قابل للحقن

سو Thema
sothema

نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 201876 1

EXP 07 2022

PPV 347.00 DH

