

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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° M21- 0003289

63588

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3499 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAROUANI - NADIA

Date de naissance : 09/07/1955

Adresse : Résid Wiam Imb 12 Apt 8
BEL OUM ERRAJAJ - OULFA - CASABLANCA

Tél. : 0661314032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/03/2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27-07-2021	905,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
	35533411	11433553	
	B		DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Direction Régionale à la Région
de Tanger Tetouan Al Hoceima

Délégation de Tanger Assilah



المملكة المغربية
+oXHAΣ+ | HCYOXΘ

وزارة الصحة
+oC.O.L.O.+ | +A8OXΣ

مديرية جهة طنجة تطوان الحسيمة
+oC.O.L.O.+ | HCYOXΘ

مندوبية طنجة أصيلة
+oC.O.L.O.+ | HCYOXΘ

Tanger le : 27/01/2021

Nom et prénom : *Harmoua K. S.*

Ordonnance

1) **HYDROXY CHLOROQUINE 200 mg cp :**

1cp3/j pendant 7 jours

2) **AZIMYCINE 500 mg cp :** *21thoua*

1cp le premier jour puis

1/2 cp /j pendant 06 jour

إفوكسابارين صودي
LOT 202564
EXP 10 2022
PPV 347.00 DH

3) **VITAMINE C1000 cp :**

1cp/j le matin

ZINASKIN®

PPV 400DH90 EXP 11/2023
LOT 0N039 48



DR. BENRAHMOUN H.
C/S SAHLOUSSAÏRI
INP: 16231230

زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 10 20 12

P.P.V.

LOT N°: 12 3 9 8 8

79 70
79.70

09366030/4

زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 10 20 12

P.P.V.

LOT N°: 12 3 9 8 8

79 70
79, 70

09366030/4

نوفيكس

إنوكساپارين صوديوم

NOVEX®

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

2 seringues pré-remplies ○

PPV: 132,00 DH Remboursable AMO



6 118000 021896



WARN

نوفيكس

إنوكساپارين صوديوم

NOVEX®

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

2 seringues pré-remplies ○

PPV: 132,00 DH Remboursable AMO



6 118000 021896

200 mg

2

Advaquenil®

Sulfate d'hydroxychloroquine

Voie orale



30 Comprimés
enrobés

43,40

L O T 2 0 0 0 7
P E R 1 0 / 2 1
P P V 4 3 D H 4 0



PPV:56,30 DH
LOT: 20K26D
EXP: 11/2022

Ergo
maroc
SOLUTION OILIERE POUR BOISSON

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب



25 000 وحدة لوائية
كرايالكسيفيرول D3
فيتامين

4 أمولات للشرب
أمنولات

Fabriqué par

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE[®] AMPOULE



6 118001 320080