

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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

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 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° M20- 0001129

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAN 17,80 RUE 1 APT 1 OULFA

Tél. : 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 555,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nezha EDELM
Omnipraticienne
Bd. Al Qods Rés. Habib Eddine
Imm. EC, 2ème Etg. N°24
Tél. : 65 22 97 52 27

Date de consultation : 08/04/2021

Nom et prénom du malade : HAJIL Mohamed Age : 77 ans

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

Nature de la maladie : allergie au blé

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 : CASA Le : 06/04/2021

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
08/04/2021	42	-	200DH	

08/04/2021	42	-	200DH
------------	----	---	-------

illé	Cachet et signature d'
es	attestant le fait que
H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa, Casablanca Tél. : 65 42 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	8-4-2021	+ = 355,00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca Tél. : 85 42 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	8-4-2021	+ = 355,00

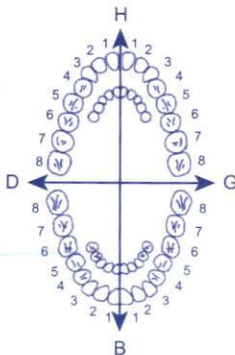
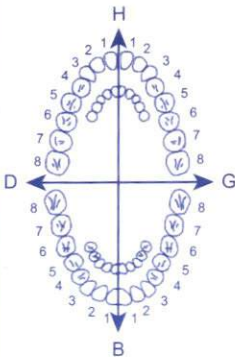
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>
	[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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nezha Eddlimi

Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle
de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme Universitaire de Lasers à visée Esthétique
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Européen des Injections à visée Esthétique
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale
de la Faculté de Médecine de Fès

Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة نزهة الدليمي

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية
الطب بالرباط

شهادة جامعية في التجميل باليزر بباريس - ديكارت

شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس
- ديكارت -

شهادة جامعية في التغذية و التريبة الغذائية الطبية
من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى من كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca, le 08.04.2024 في الدار البيضاء

57,10

① amapex 2mg

2' ; p2 5'

28,60

② Paraben

1' ; p2 14'

84,00

③ Merz

2' ; p2 1mg

56,20

④ amapex

2' ; p2 5'

Handwritten signature: HAJER

LOT : M0457
PAR : 12/2022
PPV : 57,10DH



28,60

LOT : 200909
UT : 06/2023
PPV : 84,00DH

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء

75,00

⊗ levophta
1 x 5; pz 157.

54,10

⊗ larmabak
1 x 1; pz 101.

+ = 355,00

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

LOT: عيار
B/الرقم
EXP: التاريخ

ZENITH PHARMA
PPV: 75,00 DHS
AMM N° 728/16D/MH/2 /NR Qr



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH



Distributeur COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI



~~Dr. Nezina ELADLIMI
Omnipraticienne
Bd. Al Qods Rés. Hajar Eddine
Imm. BC, 2ème Etg. N°24
Tél. 05 22 69 63 17~~

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 69 63 63
I.C.E : 000500246000026