

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.
- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-675847

102144
Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 842	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : JOTI ASSIA		
Date de naissance : 13-01-1955		
Adresse : Hay el Hana Rue 27 n°8 CASA		
Tél. : 0522369204	Total des frais engagés : 580,90	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	AGUI BENMOUSSA Badia Médecine Générale 41 Av. Agaoune - quartier El Yacoub - Ain Chock Tél.: 0522 71 52 49 D. 0522 76 00 50 CASA
Date de consultation :	05/01/2019
Nom et prénom du malade :	JOTI ASSIA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hypertension Digestive
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

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-675847

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 842
Nom de l'adhérent(e) : Adhérente
Total des frais engagés : 580,90
Date de dépôt : 01-02-2019

RELEVE 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
05/10/22	V		202,00	INP : 091220618 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. MIRAL 16, RUE DE LA PAIX - 75003 PARIS TÉL. 01 42 65 00 00	5/11/22	380,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le plan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. LARAQUÍ BENMOUSSA BADIA

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Paris

Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif

الدكتورة العراقي بنموسى بديعة

خريجة كلية الطب بباريس

طب العـام

وأمراض الجهاز الهضمي

Joti AVI

Casablanca le : 05/01/22 الدار البيضاء في :

x1 Ultra levure
38.1 N x 15 x 3 fois/j x 15j.

ursox

Nos/j Frt

30. SPA

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél.
P.P.V : 300460
LOT : 21E009
PER : 08 2026



14 14 3 fois/j
ni duvay.



Imodium
x3 14 14 3 fois/j
ni duvay.
Fermer la bouteille et renvoyer.

101,83 Cunuyt 5
14/1 S.V.

x 3 mois

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DHA00
LOT : 9MA067
PER.05 2022



PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283 Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - CIL Casablanca
CASABLANCA Tél: 05 22 94 65 30

Dr. LARAQUÍ BENMOUSSA BADIA
Médecine Générale
Maladies de l'Appareil Digestif
41 Av. Baghdad - Quartier El Yacout - Casablanca
Tél.: 0522 21 22 49 - D.: 0522 36 68 50

41 شارع بغداد حي الياقوت - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف العيادة : 05.22.21.22.49 / المنزل : 05.22.36.68.50

41, Bd. Baghdad - Quartier El Yacout - Aïn Chock - Casablanca Tél.: C.: 05.22.21.22.49 - D.: 05.22.36.68.50

كوفرسيل® 5 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

يؤخذ عن طريق الفم.

يُنصح ببعض الماء عند تناوله.

ال التركيب : تحتوي حبة واحدة على ملحة

على 5 ملغم من برازندوبيريل أرجينين.

المواءج: كمية كافية لكل حبة ملحة

تحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال،

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقّة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



101,80

كوفرسيل® 5 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

براندوبريل أرجينين

30 جبة ملمسة قابلة للكسر

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables

يؤخذ عن طريق الفم.

يُنْهَى عن متناول يد الأطفال.

التركيب : تحتوي جبة واحدة ملمسة

على 5 ملغ من براندوبريل أرجينين.

السواغ : كمية كافية لكل جبة ملمسة

تحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال،

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.



101,80

كوفرسيل® 5 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

يؤخذ عن طريق الفم.

يُنصح ببعض الماء عند تناوله.

ال التركيب : تحتوي حبة واحدة على ملحة

على 5 ملغم من برازندوبيريل أرجينين.

المواءج: كمية كافية لكل حبة ملحة

تحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال،

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقّة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



101,80