

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, parodontologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloger
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 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° W21-686244

105611

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERDAI Mohamed
 Date de naissance : 22/07/1957
 Adresse : 81 Rue Larche App 18 Hay ESSALAM
 CAS ABCAR CA
 Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 96500 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/02/2022
 Nom et prénom du malade : Berdai Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection pulmonaire
 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 : CAS ABCAR CA Le : 24 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/02/2022 | CS | | 300 | INPE: 091198804 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU JASMIN me. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél: 05 22 51 17 57 | 24.02.2022 | 665,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

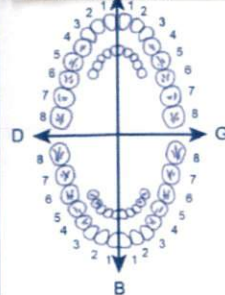
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimés
 1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg = le contenu d'1 alvéole
 Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.
 جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
 من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
 LOT: 644932



SYNTHEMEDIC
 77 rue soussier bnou al souam roches
 noires casablanca
 INEXTUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 640150MP/21INRQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

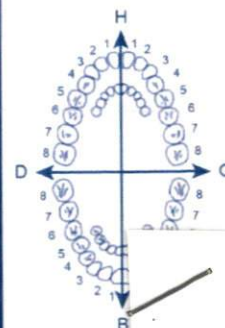
PPV: 138,30 DH
 LOT: 644932

MONTANTS

PPV: 171,70 DH
 LOT: 21A29
 EXP: 01/2023

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CI MASTICATOIR



25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 G 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

LOT: 20E009V
 PER: 07/2023

RHINATHIOL 5% AD
 SIROP FL 200 ML
 P.P.V: 39DH20
 6 118000 061403

LOT 211094 1
 EXP 04 2026
 PPV 45 80

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

VISA ET CACH

Alciférol 100 000 UI
 D3

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق . الحساسية

السل . الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Asthme - Allergies Respiratoires

Tuberculose - Sevrage tabagique

Ronflements et Apnées du Sommeil

Spirométrie - Echographie Thoracique

Bronchoscopie - Tests Cutanés

Casablanca, le 24/02/22

Mr Berdai Mohamed

2x 138, 30

1/

Augmentin 500 (gellule)
2 Gellules x 2/3 pt 5j

45, 80

2/

Esome 20 (cp)
3cp 1/3 le matin pt 5j

39, 20

3/

Rhinethiol (sinup)
1cp x 3/3 pt 5j

82,10

4 /

Inexium 30mg (gellule)

(SV) Gellule / 5 le matin
Pdt 7j

49,60

5 /

(SV) Dune forte (Ampoule)
1 Ampoule à boire / mois
Pdt 3 mois

171,70

6 /

(SV) Axiac 150mg (spray)
1 Inhalation x 2 / j
Pdt 1 mois

7 /

Maxitane (Ampoule)
1 Ampoule à boire / j
Pdt 10j

665,00

صيدلية ياسمين
PHARMACIE YASMIN
Mme. LAMMAM
61, Avenue 2 Mars
Tél : 05 22 81 17 67
CASA

DR. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Physiologue
28 Avenue 2 Mars Sultan
Casablanca - Tél : 05 22 26 52 08