

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 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

Réclamation : contact@mupras.com
 Personne en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
 30000 - 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° W21-688804

109256

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Moustai Mouloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2022

Nom et prénom du malade : Moustai Mouloud

Age : 20

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Neurologique

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 :

Le : / /

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
14/03/22	C2		302DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida Unicheck-Casa-022-50.75.19	14/03/22	1352,16

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	

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 l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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												

Docteur Rajaa RABHI

- Neurologue
- Spécialiste des Maladies du Système Nerveux Central et Périphérique
- Explorations neurophysiologiques
E.E.G - E.M.G.



الدكتورة رجاء رابحي

- أختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب و العضلات

Casablanca, le 14/03/2022

MR MOUSTAOU MOULOUD

- **EBIXA 20**
1 comprimé, soir, pendant 3 mois
- **Umax 400 µg**
1 gélule, soir, pendant 3 mois
- **Tuneluz 20 mg**
1 gélule, matin, pendant 3 mois
- **Tanakan 40 mg**
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 3 mois

371, ∞

3x 121,40

189,10

6x 71,30

1352,10

Docteur R. Rabhi
Neurologue - Explorations
Bd. Yacoub Mansour N° 22 E.
2ème étage N° 19 Maarif
Tél. 00 212 5 22 25 50 40 - GSM
06 61 09 29 48

PHARMACIE ADDIAR
16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida
InCheck-Casa-027-50.75.19

شارع يعقوب المنصور، الرقم 22 فضاء المنصور، الطابق الثاني، الرقم 19 المعاريف، الدار البيضاء، المغرب
الهاتف: 00 212 5 22 25 50 40 - المحمول: 00 212 6 61 09 29 48

Bd Yacoub Mansour - N° 22 Espace El Mansour, 2ème étage, N° 19 Maarif - Casablanca - Maroc
Tél.: 00 212 5 22 25 50 40 - Gsm : 00 212 6 61 09 29 48
rajaarabhi@gmail.com

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIVA 20MG B28 CP PELL
P.P.V: 371,00 DH



6 118001 184866

LOT 210229
EXP 08/2022
PPV 121.40DH

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

189,10

71,30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

PHARMACIE ADDIAR

16-18 Rue 3 Addiar Al Jadide

MinCheck-Casa-022-50.75.19

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

LOT 210245
EXP 10/2022
PPV 121.40DH

71,30

71,30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

LOT 210245
EXP 10/2022
PPV 121.40DH

71,30

71,30

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

Umax® LP 400 µg

30 gélules



6 118001 100835