

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057540

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13117

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAGHER JAROUANE

Date de naissance : 27/10/1993

Adresse : AV. ABDELLAH SENHAJ N° 152, Doha

Tél. : 0661 68 64 82 Total des frais engagés : #562 2 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Najwa FILALI BABA
Gastro - Entérologue
88, Bd Oum Rabia Rés. Colza 1^{er} Etage
N° 5 - Casablanca
0522 89 21 16 - Gsm : 0661 15 66 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/3/2022

Nom et prénom du malade : Yⁿ Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Procto ☐ Enfant

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.

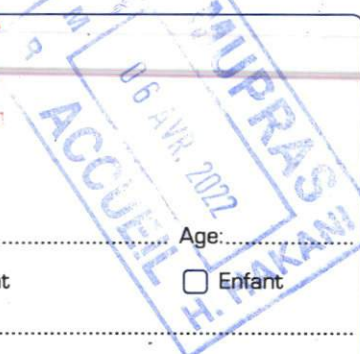
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/3/2022	CS		400/100	

Dr. Najwa FILALI BADA
Gastro - Entérologue
88, Bd Oum Rabii 1^{er} Etage
N° 5 - Casablanca
Tél. : 0522 89 21 16 - Gsm : 0661 15 66 61

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA FRATERNITE Mme. MGHABBAR RAJA 8, Bd Abdellah Senhaji Hay Jawadiah Casablanca Tél: 05 22 291 330	24/3/22	162.20

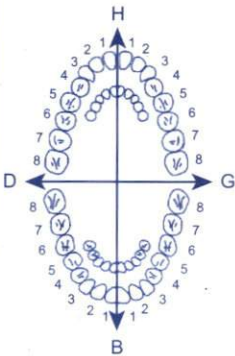
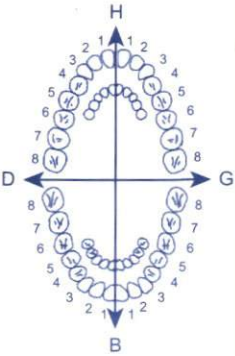
[illegible][illegible]

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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

Important :

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

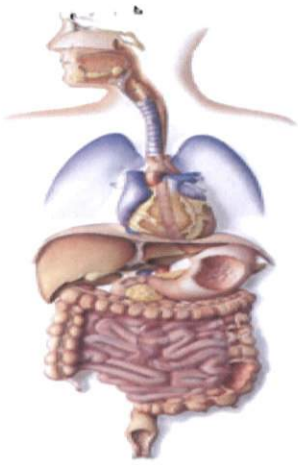
[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif
Proctogie Médico-chirurgicale
Hépatologie
Echographie-Endoscopie interventionnelle



Mr Saghir Marouane

Casa le : 24/03/2022

ORDONNANCE

Hemofast®
Pommade

19,60

Hemofast®
Pommade

19,60

(19,60 x 2)
(14,60 x 3)

Hémofast
Puis

crème + supp

1 Supp enrobé de crème /j au couché
1/j au couché

15 Jours
10 Jours

34,00

Osmosine sirops

1 càs avant diner avec un grand verre d'eau si

45,50

Cataflam 50

Constipation

1 deux/j après repas

LOT: M21065
EXP: FEV 2024
PPV: 45,50 DH

162,20

PHARMACIE DE LA FRATERNITE
Mme. MGHABBAR RAJA
88, Bd Abdellah Senhaji Hay Jawadiah
Casablanca
Tél: 05 22 291 330

H. HAKAI

Dr Najwa FILALI BABA
Gastro - Entérologue
88, Bd Oum Rabiï, Rés-Colza, 1^{er} Etage
N°5 - Casablanca
Tél: 0522 89 21 16 - Gsm: 0661 15 66 81

Hemofast[®]

PPV 14.50 DH
LOT E063 PER 04/23

6 Suppositoires
Voie rectale



Hemofast[®]

PPV 14.50 DH
LOT E063 PER 04/23

6 Suppositoires
Voie rectale



Hemofast[®]

PPV 14.50 DH
LOT E063 PER 04/23

6 Suppositoires
Voie rectale



OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Traitement symptomatique
de la constipation

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054



260 ml
Suspension
Voie Orale

PPV
34DH00