

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
- 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° W21-718782

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12760 Société : nam

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZZ Samaa

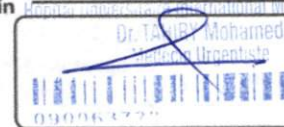
Date de naissance : 1980

Adresse : la nora

Tél. : Total des frais engagés : 980,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16-12-2022

Nom et prénom du malade : TAZZ Samaa Age :

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

Nature de la maladie : * Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

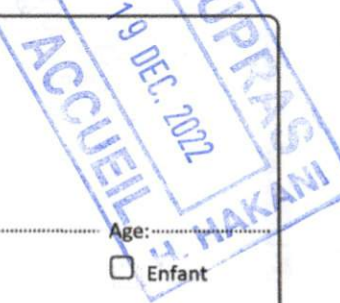
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA Le : 16/12/2022

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
16-12-2022	visite	30	679.00	Hôpital Universitaire Mohammed VI Dr. TAPARY Mohamed Médecin Dentiste 090063722

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ICHRAK Route 109 km 10, Casablanca Bouskora - Casablanca Tél : 05 22 32 04 39	16/12/22	319.90

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 canalaires, 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"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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	



221216090602T.

16 décembre 2022

Mme TAZI SANAA

Vita C1000®

PPV 26DH90

EXP 07/2025
LOT 28031/9

2690
1/ VITAMINE C

1 cp x 2 /jour, 10 jours

205,00
2/ TAVANIC 500 MG

79,00
1 cp / jour ,06 jours

310,90
3/ APIXOL SIROP

1 CAS x 3 /jour, 10 jours

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH
6 118001 080830

PHARMACIE ICHRAK
Route 109 Km 15 Oulad Ben Ameur
Bouskoura - Casablanca
Tél : 05 22 32 04 39

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr. TAHIRY Mohamed
Médecin Urgent



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 : www.hm6.ma

Apixol®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'autres actifs naturels aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à adoucir la gorge pour un confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant les défenses de l'organisme.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Lot:
À consommer
avant le :
PPC: 79,00 DH

RX THORAX FACE

Renseignements cliniques : toux

Résultat :

Syndrome bronchique basal bilatéral, plus marqué à droite.

Absence de foyer parenchymateux constitué décelable.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio-médiastinale d'aspect normal.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : Pr Ass BERRADA S.

2200224217

F A C T U R E

N° 30 561 / 2022 du 16/12/2022

Nom patient : TAZI SANAA

Entrée 16/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 16/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Radiographie du thorax sous une incidenc	1.00		180.00	180.00
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Test Antigénique	1.00		190.00	190.00
			Sous-Total	670.00
Total Frais Clinique				670.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS	Total 670.00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		670.00		670.00	0.00

[Handwritten signature and stamp]



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: TAZI SANAA



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Date: 16/12/2022

RX THORAX FACE

Renseignements cliniques : toux

Résultat :

Syndrome bronchique basal bilatéral, plus marqué à droite.

Absence de foyer parenchymateux constitué décelable.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio-médiastinale d'aspect normal.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : Pr Ass BERRADA S.

