

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0010059

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Adnane M'hameol
 Date de naissance : 1959
 Adresse : 17 Bd la Résistance Hay Ennass
 Tél : 06 63 44 87 05 Total des frais engagés : 0 460 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05 / 12 / 2022
 Nom et prénom du malade : ZIAT FATIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05 / 12 / 2022

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
05/12/2022			150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الثانوية Pharmacie ATIANAOUIA Imane IMAB Docteur en Pharmacie Bd Al Moukaouama Lot Ennou Berrechid - Tél: 0522 32 45 94	05-12-22	310,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAFIRI AICHA

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Bouafl

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

الدكتورة غفيري عائشة

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

- الرباط -

Berrechid le

Dr. GHAFIRI Aicha
Médecin Générale
185 Appt. N° 2 Bd. Hassan Bnou
TABITE Hay Azahra - Berrechid

برشيد في

20 AT FATI MA

صيدلية الثانوية
Pharmacie ALTANAOUIA
Imcine
Docteur
123, Bd Al Mouassatna Lot Ennoui
Berrechid - Tel: 0522 32 45 94

16.30

1) Doegmatil 100 - 130 mg (1 mois)

21.30

2) Ludiomil 175 bsei (3 mois)

143.10

3) Sipur 2 gel x 3 (1 mois)

99.00

4) Relox 375 1 gel x 1 (1 mois)

310.10

Dr. GHAFIRI AICHA
Médecin Générale
185 Appt. N° 2 Bd. Hassan Bnou
TABITE Hay Azahra - Berrechid

185 ، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 05 22 51 62 62

LOT: 0093
EXP: DEC 2026
PPV: 51,30 DH



LOT: 000481
EXP: 04/2025 PPC: 143,50DH

LAXANT

100 % magnésium

100 % vitamine

LOT: 220389
DLUO: 05/2025
93,00 DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAÏDI Pharmacien Responsable

I gélule par j

120 Comprimés

Tonus - Vitalité - Énergie - Immunité

Séchée à Froid



Spiruline



بموجب وصفه طبية - بدون وصفة

PER: 01 2024

LOT: 22E001

0330M TL 0,5g/100ML

001 006 FL 125ML

P.P.V.: 10DH30

6 1.000 012155



Titulaire d'AMM au Maroc :
anofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
in Sebaâ, Casablanca.
ahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.
nom et adresse du fabricant
aphar, Boulevard Alkimia N°6 QI-Sidi Berno
asablanca.