

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

M22- 0005649

15 2682

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SALHI RABHA

Date de naissance :

1949 à CASABLANCA

Adresse :

2 Rue NADAR (ex Mouettes)
Ferme Bretonne CASABLANCA

Tél. :

0669095376

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/03/2023

Nom et prénom du malade :

SALHI Rabha

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

RM

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 :

CASABLANCA

Le :

03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

SALHI

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
03.03.2023			30	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la prestation
	03.03.2023	295,10

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Debut d'Execution
				Fin d'Execution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient des Travaux
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	Montants des Soins
		Date du Devis
		Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaa AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél / Fax: 0522 25 52 63

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 03 mars 2023

Mlle SALHI Rabha

ALDACTAZINE : 1/2 CP LE MATIN
SANS ARRET

25,00 x 3
DIGOXINE : 1 CP / J SAUF LUNDI ET VENDREDI
SANS ARRET

37,80 x 3
SECTRAL 200 MG : 1/2 CP PAR JOUR
SANS ARRET le matin

20,00 x 3
SINTROM 4 MG:
1 JOUR 1/4 CP / 24HEURE ET 2 JOUR 1/4 CP / 36HEURE SANS ARRET

46,70
ZYLORIC 100MG
1 comprimé par jour pendant 3 mois.

Docteur ALI EL MAKHLOUF

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : ZZE001
PER : 01 2025
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : ZZE001
PER : 02 2024
6 118000 060154

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : ZZE001
PER : 01 2025
6 118000 060154

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483



210071
02/2024



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés

Voie orale





210071
02/2024



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés

Voie orale





210071
02/2024



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

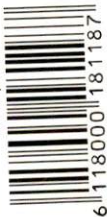
30 comprimés

Voie orale



4^م ملغ
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

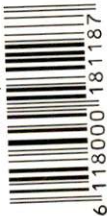
20,00

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم



4^م ملغ
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

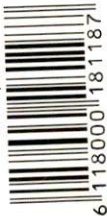
20,00

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم



4^م ملغ
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم



100 ملغ

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 213503

EXP 01 2026

PPV 46.70 DH