

## RÉCOMMANDATIONS 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-761824

159863

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : MUPRAS.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB - Omar

Date de naissance : 1/7/1953

Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYAR Casa.

Tél. : 0661176535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/23

Nom et prénom du malade : Lechheb Omar Age :

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : 23/1/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- ☐ Rédaction : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

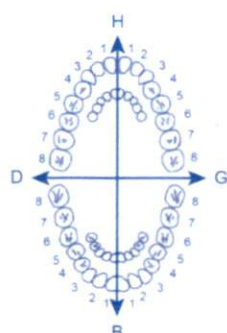
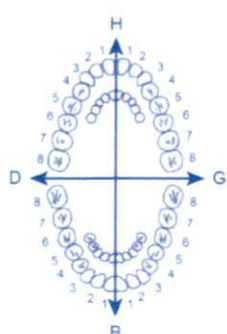


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/23	(c.s.)		300.00	INP : 091241454

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie El Madinat 60, Bd Abdelrahman Douabli Oasis - CASABLANCA Tél: 23.54.49 / 99.05.18	23/01/2023	600.60

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, air®																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX CEE DES TR														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTA DES SC DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 LE DEVIS														

IXOR 20 mg 14 comprimés éffervescents

PPV 73DH80  
EXP 05/2024  
LOT 26605 3

Striken 200 mg  
8 Comprimés pelliculés Voie orale  
Céfixime

LOT 222292  
EXP 06 24  
PPV 97.90 DH

FFIPRED 20 mg  
PPV 40DH00  
EXP 09/2025  
LOT 24015 8

Foster 100/60g, solution pour inhalation en flacon pressurisé  
Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
PPV : 291DH00



Casablanca, le : .....

23/01/2023

MR LECHHEB OMAR

40.00

- Effipred 20 mg - comprimé effervescent

3 comprimés, matin, après les repas, pendant 5 jours

97.90 x 2 = 195.80

- Ofiken 200mg - comprimé

1 Comprimé, après les repas, matin, soir, pendant 8 jours

- Broncholiber

1 CAS matin, soir, pendant 5 jours

73.80

- Ixor 20 mg - comprimé effervescent

1 cp le matin avant le repas du matin pendant 8 jours

- Foster - solution pour inhalation

2 bouffées matin et soir pendant 1 mois (sans dépasser 8  
bouffées par jour) Se rincer la bouche

291.00

600.60

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 22 98 12 19 / 09 05 18

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور، إقامة المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com