

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0049297

154237

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benoula Boucharb

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2013

Nom et prénom du malade : BENOUALA BOUCHARB Age :

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

Nature de la maladie : Arthralgie - épigoalgie

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 : 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
20/03/2023	C1		2000	<p>دكتور الحريش رشيد</p> <p>Dr HRICHI Rachid</p> <p>Médecine Générale</p> <p>295 Av Oued Tadjout C/El Quila</p> <p>Casa 7el 06 66 88 86</p> <p>INPE 021076893</p>

دكتور الحريشي رشيد
Dr HRICHI Rachid
Médicine Générale
295, Av Oued Tassalt Cité El Oulfa
Casa Tél 06 66 80 66
INPE 091076893

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13 ACE: 002291220000077	2010/31 2023	607,60

ou du Fournisseur

ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 00229122000000

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

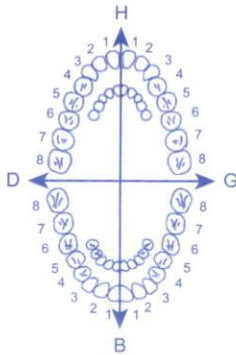
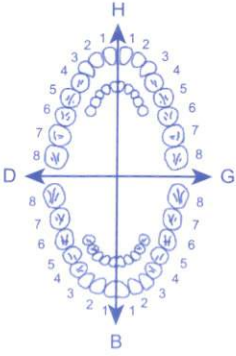
**Cachet et signature
du Praticien**

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

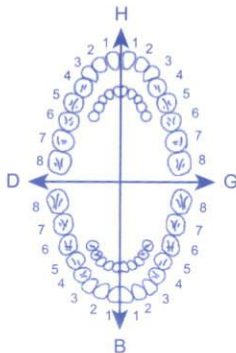
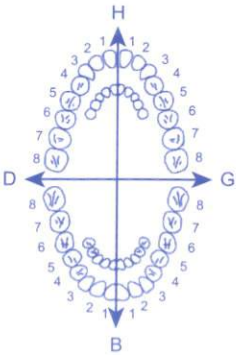
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 canalaire, 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			
	<div>H</div> <div><div>D</div><div>25533412 00000000 00000000 35533411</div><div>G</div><div>21433552 00000000 00000000 11433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				
					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

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 06 05 02 03 05

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 06 05 02 03 05

Casablanca, le : 20/03/2023 : دار البيضاء، في

Mr BEN OUALA BOUHAIB.

28,00 x 5 1) No Dol codeïne (05 Boites)

1 cp x 2 lj

76,20 x 3 2) Voltarene 75 mg (03 Boites)

1 prise lj

99,00
140,00 3) Oedex 20 mg

1 cp lj jette 03 mois

دكتور الحريشي رشيد
Dr HRICHI Rachid

Medecine Générale

295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa

Casa Tél: 06 66 80 66

INPE 091076893

PHARMACIE WILAYA MOULOU
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Oued Tansift
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 00229122000071

T = 607,60



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 201799
PER: 05-2023
PPV: 140.00DH

NO - DOL CODEINE
CP 820

LOT : 22E006
PER : 04 2027

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP 820

LOT : 22E008
PER : 09 2027

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP 820

LOT : 22E003
PER : 03 2027

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP 820

LOT : 22E006
PER : 04 2027

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP 820

LOT : 22E006
PER : 04 2027

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861