

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

- Reclamation : 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° W21-783244

154820

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUINI BENJELLOUN HANZA

Date de naissance : 06/05/1990

Adresse : Sidi Raouaf lot Bouchna N° 67 CASA

Tél. : 0645077768 Total des frais engagés : 265,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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 : 24 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMA LAHAB YOUSRA LAHAB Rés. «Les Jardins de Californie» Bd. de Fossum 1 California 94 Casa 12.05.22.88</p> <p>092054733</p>	24/03/23	265,00

[illegible][illegible]

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, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'Hôpital



Spécialiste de la Thyroïde

أخصائي الغدة الدرقية

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
- غشت الدار البيضاء

الدار البيضاء في:

24 Mars 2023

TOUIMI-BENJELLOUN HAMZA

COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours

SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour * 5 jours

DOCIVOX SIROP

1 cam x 3 / jour pendant 7 jours

TABUNEX

2 pulv le matin pendant 3 mois

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie»
Bd. de Fes Imm.1 Californie
Casab. Tél: 06.22.21.93.94

102,10

265,90

40,00

74,80

49,00

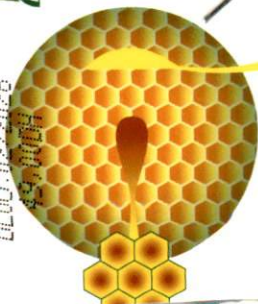
Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haïfa
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 04 40 / 06 22 13 54 04



Deva

125 ml

LOT: 2015
01/2015
01/2015



N° Lot: 2UW782
Fab.: 02/2022
Per.: 02/2025

PPV: 102,10 DH

SEPCEN 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

pour plus d'informations, voir notice

PPV: 40DH00

PER: 12/25

LOT: 14236

b bottu...
82, Allée des Cèdres - Ain Seba - Craillera
S. Bachoud - Pharmacien Responsable

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescent séables



6 118000 041016

LOT: 05622010
PER: 11/2023
LOT: 11/24-25 DH

PHARMACIE SOULAIMA

BD DE FES RES LES JARDINS DE CALIFORNIE 2 IMM2 MAG1 CASA CALIFORNIE CASABLANCA

ICE:001066580000088

Tél : 05-22-21-98-94

Patente : 34000143 IF 51001615 CNSS 2706127

Facture N° 417 885 Du 25/03/2023

TOUIMI-BENJELLOUN HAMZA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	COTIPRED 20MG /20 EFF	1	40.00	40.00
CO	SEPCEN 500MG	1	74.80	74.80
SI	DOCIVOX PM	1	49.00	49.00
GO	TABUNEX	1	102.10	102.10
4	Total	4		265.90

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Res «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa Tel: 05 22 21 98 94