

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N<sup>o</sup> W21-658116

- ☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2697 Société : 247

☒ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BOBANA SAHAROV

Date de naissance : 2000/01/01

Adresse : Hassitulla

Tél. : 06.61.25.93.37 Total des frais engagés : 1751 Dh

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04 / 2023

Nom et prénom du malade : AZHAR I AICHA Age : 30

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

Nature de la maladie : ..... ITRA / métricholère .....

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 : CARA BLANEA le : 17 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

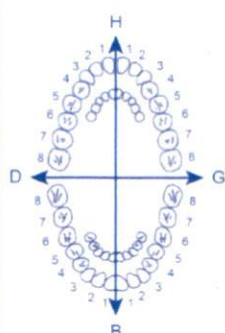
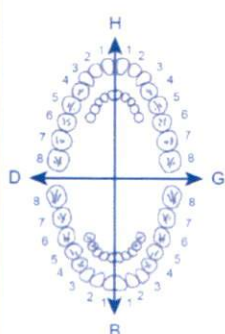


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/04/2023	Subst	1	prostitut	INP 081266959

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULFA PHARMAKOVA Dr. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca Tél: 05 22 91 32 92	12/04/23	586,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL OULFA PHARMAKOVA Dr. SVISTAKOVA YASMINE N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca Tél: 05 22 91 32 92	12/04/23	169,00	

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, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]																					
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Sawssane KHALLOUD

specialiste en cardiologie et maladies vasculaires

Cardiologie interventionnelle

Ex medecin à l'hôpital militaire Med V - Rabat

Ex medecin au CHU Mariecurie - Belgique



الدكتورة سوسن خلود

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

قسطرة القلب و توسيع الشرايين

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي Mariecurie بلجيكا

Centre de cardiologie Et de maladies vasculaires

الدكتورة سوسن خلود Dr Sawssane KHALLOUD

Casablanca le 12/04/2023 الدار البيضاء في

الدكتورة سوسن خلود  
Dr Sawssane KHALLOUD  
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين  
قسطرة القلب و توسيع الشرايين  
INPE: 08123695

Aïcha Azhar

Zyloric 200 - 80

LOT 222632  
EXP 09 2026  
PPV 31.30

1 cp 1 j le matin et 1 cp le soir pendant 1 mois puis passer à

Zyloric 100 - 80

LOT 223158  
EXP 09 2026  
PPV 46.70 DH

1 cp 1 j le matin et 1 cp le soir pendant 1 mois

154,10 x 2

Deuretin: 10 - 80

HARMACIE EL OULFA  
PHARMAKOVA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
N°54, Bd. Oued Tansit Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 94 32 92

1/2 cp 1 j le matin et 1/2 cp le soir pendant 1 mois

154,10



76. مجموعة السكنية 14. إقامة الفردوس بجانب مركز الشرطة. الحي الحسني. الدار البيضاء

Rez de chaussée, appartement 2, Immeuble n°76. GH: 14, Lotissement El Firda

Tel : 0522653335 - GSM : 06 61 71 33 44 - E-mail : khalloudiris@hotmail.com

154,10

pour passer à

• Statocal 20-g Cp

91,00

9/10

1 cpj le matin et 1 cpj le soir

• Preterax 2,5-g/0,625-g

92,60

92,60 x 3

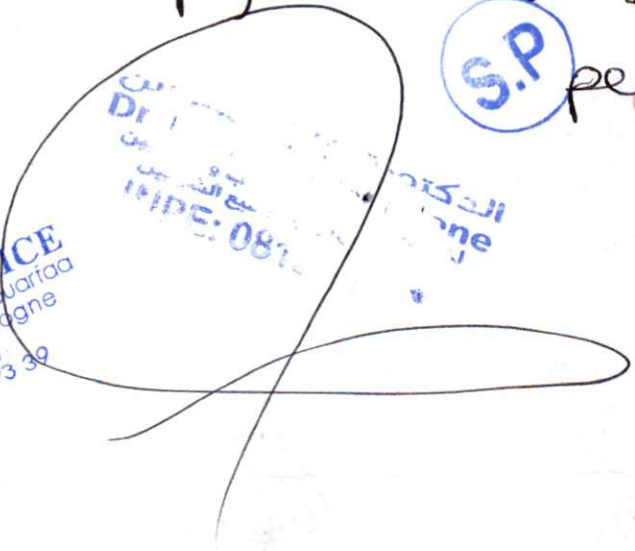
1 cpj le matin et 1 cpj le soir

N.S.  
S.P.

pendant 3 mois

1 = 169,00

PHARMACIE NICE  
1, Av. Nice Résidence Bourjoud  
RD Mg. N° 3 Bourjoud  
Casablanca  
Tél: 05 22 94 93 39



92,60

92,60

586,00

PHARMACIE EL OULFA  
PHARMAKOVA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
N° 54, Bd. Oued Tensifi Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 91 32 92

Total:

169

586

==

755

755

Pharmacie NICE

Pharmacie EL OULFA

2 x 92,60