

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 canalaires, 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 canalaires.

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 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° W19-463073

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2936 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SENBI Aicha
 Date de naissance : 14/12/57
 Adresse : RES ESSADJA 9 1er Etage Apt 2
 RD IBN SINA - CASAB
 Tél. : 0668 123285 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SENBI Aicha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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.

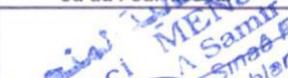
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

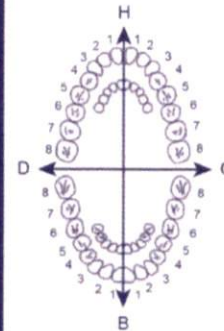
VOLET ADHERENT

[illegible]

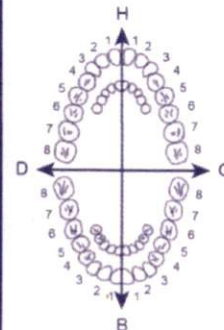
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 31/05/23 | 807,30 |

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



| | | | | |
|---|----------|---|----------|---|
| | | H | | |
| | 25533412 | | 21433552 | |
| | 00000000 | | 00000000 | |
| D | | | | G |
| | 00000000 | | 00000000 | |
| | 35533411 | | 11433553 | |
| | | B | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL
Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في امراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة
وجراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة، الطنين ونقص السمع
التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية
طبيبة اختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le

31/05/2023 في الدار البيضاء,

Me Senbli Aicha

- 1/ Nootropyl 1 cp (N:  ) S.V.
1 cp x 2 1/2 pdt à mois
2/ Conodes 5 mg (N:  ) S.V.
1 cp 1/2 le soir pdt 4 mois
3/ Conodes 20 mg (B 56) S.V.
1 gel 1/2 avant repas
4/ Bay catema pdc S.V.
1 APP x 2 1/2 pdt
5/ Levot hyon 50 ug (N:  ) S.V.
1 cp 1/2
6/ Levot hyon 50 ug (N:  ) S.V.
1 cp 1/2

633 زنقة كلميمة، الطابق الأول الشقة 1 بوركون الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N  1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني: E-mail : mansouriorl@gmail.com : الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00 /Tél./Fax :

T = 807,30

Lorodes[®] 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

Lorodes[®] 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

Lorodes[®] 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

Lorodes[®] 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT 222503
EXP 08 2026
PPV 134.80

LOT 222476
EXP 07 2026
PPV 134.80



صيدلية المنيرة

Pharmacie MENJRA

Dr. MENJRA Samir

16, Angle Bd. Mou Sinaâ Rue 4

HayHassan - Casablanca

Tel. : 05 22 80 50 05



6 118001 102013

Levothyrox[®] 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox[®] 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox[®] 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox[®] 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox[®] 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox[®] 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335