

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 - 8ème 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- 0059687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEODARI ABDELWAHAB
 Date de naissance : 19-01-58
 Adresse : 146T. HANADARONA Com. Sidi MAAROUF
 LARA 20230
 Tél. : 0673081985 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : brucel des os, tuberculose systémique

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 : CAS

Le : 06/09/23

Signature de l'adhérent(e) :

(Handwritten signature)

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

06/09/23	OS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DE LA COLLINE
 parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)
 Casablanca - Tél : 05 22 23 01 77 / 05 22 33 59 53
 whatsapp : 06 42 12 38 18
 264958 - Pat : 36144 - N° : 50731792 - CNSS : 6043490
 : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

06/09/23 412,70

INPE : 092037209

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

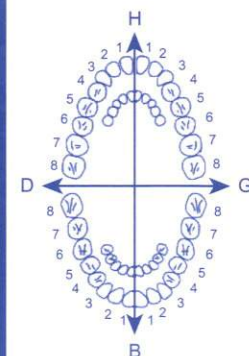
Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SELMA BENMOUSSA

Angiologue - Phlébologue

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques
Explorations Vasculaires par EchoDoppler
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie
de la Faculté de médecine de Caen (France)



الدكتورة سلمى بنموسى

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة
فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا

Casablanca le 06 septembre 2023

Nom : Mr. CHEDDADI Abdelouhab

ARCOXIA 90MG

268,00

1 Cp / jour au milieu du repas pd 7 jours

MYANTALGIC 20 COMP SIMPLE

2950

1 Comprimé Matin et 1 Midi et 1 Soir pendant 5 jours

VITANEVRIL FORTE COMPRIME

23,80 x 4

2 comprimés Matin et 2 comprimés Soir pendant 1 mois

AULGER 20 MG

1 gélule Matin pendant 7 jours

Dr. SELMA BENMOUSSA
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
22 Bd Yacoub El Mansour
Espace El Mansour 2ème étage, N° 22
Tél : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)
Casablanca - Tél : 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp : 06 62 12 38 18
RC : 266958 - Pat : 36103400 - IF : 50731792 - CNSS : 6063490
ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

3881
Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 14331 du 09/21/NTD
70842493/
128916-1

6 118001 160051

PPV
LOT
PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
- LAPROPHAN - EXP 12/2024
LOT 2N032 1
PPV: 29DH50

PPV 28,80
LOT
PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

MYANTALGIC® 
20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg
Pelliculés

6 118000 033080

PPV
LOT 28,80
PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

 28,80
LOT
PPV

VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593