

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 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- 0052691

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03682

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI FETACH KHACH

Date de naissance : 02/03/66

Adresse : 8 LOT MINO CALIFORNIE

Tél. : 0661065391

Total des frais engagés : 875,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJELLOUNE NOURA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 26/09/2013

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
02/09/23			309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/23	322,70
	02/09/23	202,70

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
		A M	P C	I M	I V	

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											
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chraïbi Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3eme Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرايبي محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق

82, زنقة سومية - شارع عبد المومن
عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 02/01/23 في الدار البيضاء،

INPE : 092065168

216.00
216.00

Dr Chraïbi Mohamed Chakib
Ep SAAL

Fuesl
70.00

Refluxant

36.70
36.70

Dr Chraïbi Mohamed Chakib

Nigelle
Rue 18, Lot. Oued Taleb Ain Choc
Casablanca - Tel.: 022 87 17 70

PHARMACIE ERRAHMANI
KETTANI Houda
Docteur en Pharmacie
101 Bd. El Hachemi El Filali
Ex. Tadmort Calimie - Casablanca
05 22 52 30 51 / 08 08 38 96

PHARMACIE ERRAHMANI
KETTANI Houda
Docteur en Pharmacie
101 Bd. El Hachemi El Filali
Ex. Tadmort Calimie - Casablanca
05 22 52 30 51 / 08 08 38 96

23/01/23

Dr Chraïbi Mohamed Chakib
Spécialiste R.L.
05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

أوزول[®]

إزومبرازول

40 ملغ



28

كبسولة
عن طريق الفم

حبات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

ALV
3/1-
201

PHARMAS

LOT : 3163
PER : 03 - 26
P.P.V : 216 DH 00

أوزول[®]

إزومبرازول

40 ملغ



28

كبسولة
عن طريق الفم

حبات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

AVK 3/1-
2001

PHARMAS 5

LOT : 3163
PER : 03 - 26
P.P.V : 216 DH 00

Composition

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

Instructions d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

1 - 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT

LOT 2302002

EXP 2026/01

PPC 70 DHS



REFLUXAID®

Stick

4 Sachets monodoses

reflux