

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

- 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- 0008484

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5435 Société : 180634

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHE TOUANY Mohamed

Date de naissance : 03-03-1955

Adresse : 18, Rue BOU FARIS ANASSER

Tél. : 6661412149

Total des frais engagés : 133.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/10/23 | G | | 1300 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 398, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 0522.25.31.42 | 10/10/2023 | 273,30 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

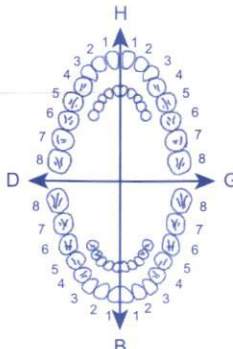
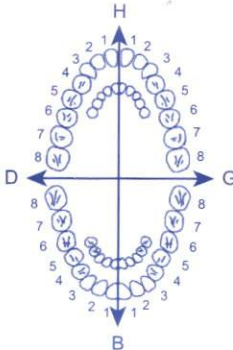
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|---|---|------------------|-------------|
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT 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

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمم

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

  ستاذ مبرز

أمراض الأذن والأنف والحنجرة و الشخير

تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك

تقويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 10/10/2023

M. CHETOUANY Mohammed

Floxam 500 mg (Boite De 24)

Une gélule matin ,midi et soir pendant 8 jours

Parantal 1000

1 comprimé jusqu'a 3 fois    la demande

IXOR 20 mg

1 cp par jour pdt 14.

Molgam 200

1 comprimé 3 fois par jour (aux repas). 5 jours

Otofa gouttes auriculaires

4 gouttes 3 fois par jour dans l'oreille
gauche pendant 4 jours

PARANTAL[®] 1g

PPV 14DH60
EXP 01/2025
LOT 1N041 5

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Ro
Casablanca
Tél: 0522.25.3

IXOR[®] 20 mg 14 comprimés eff  vescents

PPV 73DH80
EXP 04/2025
LOT 33013 3

(S.V)

273.30

119, شارع بئر أنزران إقامة رمزي, (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

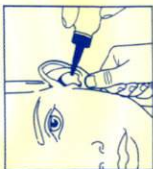
119, Bd BIR ANZARANE R  sidence RAMZI (B) - 2  me   tage - MAARIF - CASABLANCA 20330 -    : 05 22 25.72.72

E-mail : laraquizeinelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

أوتيباكس[®]

فينازون، كلوريدات الليدوكائين

محلول
تقطير أذني



قارورة
بالقطارة

16 غرام



Lot. 3738

Per.: 03 2026

BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

Molgam[®]

— ACIDE TIAPROFENIQUE

200 mg

20 comprimés

Anti-inflammatoire

LOT : 5595
PER : 07 - 26
P.P.V : 40 DH 00

Molgam[®] 200mg

— ACIDE TIAPROFENIQUE

20 comprimés

Dim 68-22-95

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

عن طريق الفم

24 كبسولة



500

مستحضر

فلوكساسام

PPV 116DH40

LÔT 32013 4

EXP 06/2025

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale