

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

- Reclamation : 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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-813031

181031

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 915 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GILIANE ER REDDAD

Date de naissance : Habibelle

Adresse : Habibelle

Tél. : 0619 544218 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AMZIL Neurologue
192, Bd. Mohamed BOUZIANE
Salama 3, Sidi Othman
Casablanca - Tél. 05 22 57 98 33

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : GILIANE ER REDDAD Age: 33

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 : 01/11/2023

Le : 01/11/2023

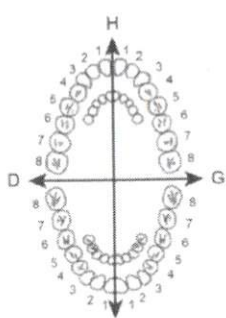
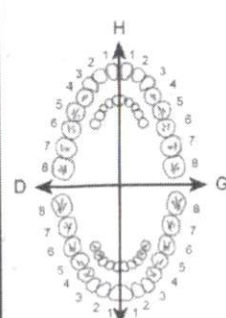
Signature de l'adhérent(e) :

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
01/11/23	4		352,20	INP : 0511461847 Dr. AMZIL RIM Neurologue 192, Bd. Mohamed BOUZIANE Salahia 9, 244 Othman Casablanca Tél: 05 22 57 28 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA Av des F.A.R Casablanca 0522 31 16 40	01/11/23	2392,20

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

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 : <input type="text"/>														
				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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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															



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Noire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

Casablanca, le 01/11/23



Docteur : GRIRANE ERREDDAD

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Noire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



1/ Madopar 250 mg cp
298,00
2 1/2 Δ 8R
1/2 Δ 11R
1/2 Δ 14R
1/2 Δ 17R
1/2 Δ 20R
30-45 min avant repas

2/ Sifol 1,04
179,80
6 1/4 Δ 21R

3/ Motilium 10 mg cp ou sirop
24,40
14 1cp Δ 8R
ou Nause'Liium 10 mg cp
1cp Δ 14R
1cp Δ 20R

4/ Velaxor 75 mg - gélule
101,00
13 1cp Δ 5R
5/ Alptaz 0,5 mg cp
35,70
13 1cp Δ 5R

PHARMACIE MARHABA
35,70 André ACHOUR
Casablanca
Tel: 0522 31 43 69

LOT 230958 1
EXP 03/2026
PPV 35,70

LOT 230958 1
EXP 03/2026
PPV 35,70

3 mois

LOT 1210551

EXP 10/25

PPV 101DH00

LOT 1210551

EXP 10/25

PPV 101DH00

LOT 1210551

EXP 10/25

PPV 101DH00

G)

2458100009

6/ Heparate. sirop
N.D 1 cas x 3/4 si constipation

T = 2392.20

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.
PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.
PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.
PPV : 179 DH 80

DR. AMZIL RIM
Neurologue
192, Bd. Mohamed ELUZIANE
Salama 3, Sidi Ouhman
Casablanca - Tél: 05 22 57 88 33

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av des F.A.R. Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Prampixole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80