

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'H
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

M23-008617

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5403 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : JADIS LEILA
 Date de naissance : 26/11/1962
 Adresse : 2 lotes Acènes, Résidence 21, 6ème, n°15, Casablanca
 Tél. : 0661 173321 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
 Date de consultation : 01 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : JADIS LEILA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca

Le : 7 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [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
01/11/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER SARI AU 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tel: 05.22.94.45.30	01/11/23	712.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

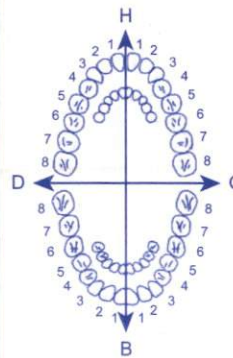
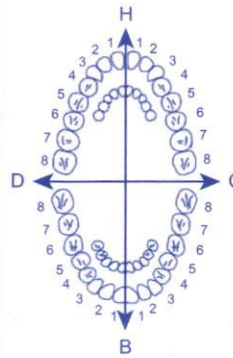
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Pr. BENNIS AHMED

Cardiologie

98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE
ABOU
SALT ANDALOUSSI
CASA

Tel.: 0522253600

Mobile: 0661321866

Fax: 0522253601

Email: bennis_cardio@yahoo.fr

00 0 00124 8

CASA, le 01/11/2023

Mme LEILA JADIB

LOT : 23E002
PER: 04 2027
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 23E002
PER: 04 2027
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 23E002
PER: 04 2027
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

1) CO-APROVEL Comprime Enrobe à 150 mg/12,5 mg Bte 28 Comprime
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

2) STILNOX Comprime Pellicule Secabte à 10 mg Bte 20 Comprime
Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

3) OEDES Gélule à 20 mg Bte 28 Gélule
Prendre 1 gélule le matin, pendant 1 mois

Pr. BENNIS AHMED

PHARMACIE HYPER SARL AU
25, Rue Ali Abderrazak
Casablanca
Tél: 05.22.94.45.30

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardio-vasculaires
98 Rue Kadi Lass Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

20 ملغ
عن طريق الفم



أودديس^م
أوميبرازول

OEDDES 20mg ○

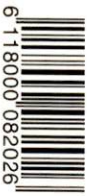
56 gélules

56 x

حببات صامدة للعصارة المعوية في برشامات

مدة ٢٧ ساعة زوال مساء


COOPER
PHARMA



6 118000 082026

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 220837
PER: 11-2024
PPV: 140,00DH