

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
M23-000825

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1241 Société : RAN retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : THAIL ZINEB
 Date de naissance : 1948 18/3755
 Adresse : Menin rue 22, 18-20
 Roy Hassanli CASABLANCA
 Tél. 0661418487 Total des frais engagés : 1290,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUMIA Mariama
 Cachet du médecin : SIDI EL AIDI Médecin
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : THAIL ZINEB Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète insuline + HTA
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Thail

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
7/11/23	on+			Dr. BOUMIA Mariama Médecin
	oval			Dr. BOUMIA Mariama Médecin
INPE = 071056832				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NABITA Dr. Mohamed NABITA Lot. Idriissia N°68, Sidi El Aidi Settat Tél: 05.23.40.57.91 / INPE: 062077358	07-11-23	1290,80 xH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

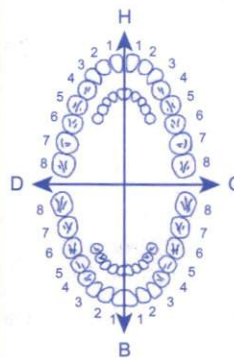
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>

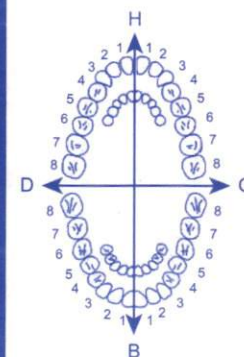
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

7/11/23

7^{me} TRAIII ZINEB

1) Lantus **SV**

4x152,50

26 UI liq x 2m

2) Apislar **SV**

439,00

12 UI Nati

12 UI Nidi

12 UI liq x 2m

3) Kardolig **SV** 75mg

2x30,70

1st x 2m

4) Ambroxol **SV**

64,00

1cp

116,40

1290,80

5) flosam **SV** 500mg
2gel x 2m x 6

PHARMACIE MAJESTEE
Dr. Mohamed A. Boumilia
Lot Idressia N°68, Stadi El Anassir Settat
Tel: 05 23 40 57 31 / INPE: 052077359

Dr. BOUMILIA Mariama
Médecin

Prescription
N° 1101
Date de prescription
N° 1101
N° 1101

Solostar

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH



6 118001 081639

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

lique à la substance active présente dans KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachets (les sachets sont à utiliser avec de l'eau).
s rubrique
pague (le
s, non s
inte, 3 l
ar des e
vez del
me ou
ctuel
eu un
tre m
de sal

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

LOT : 22E006
PER-04-2024

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

malade, par
int d'une malochronie (maladie des coronaires),
voit un risque de réactions allergiques sévères.

...KARDEGIC 75 mg, poudre f

64,00

POSOLOGIE / المقادير - HORAIRES / أوقات

MATIN / الصباح

MIDI / الظهيرة

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة
Uniquement sur ordonnance - List
عرف فقط بموجب وصفة طبية - لا تة ا



**AMLODIPINE WIN + GROSSESS
= DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sa
en l'absence d'alternative thérapeutique.

AMLODIPINE WIN 10 MG
CP SEC B28

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

LOT : 22E004
PER-01-2025

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

PPV 116DH40
LOT 2N020 3
EXP 11/2024

FLOXAM[®]
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules Voie orale