

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050118

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05882 Société : RAA 192618

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATHANE MHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0656991239 Total des frais engagés : 1817,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUSSEI MINA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 06 / 12 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/23	1817,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

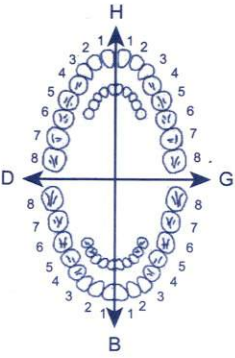
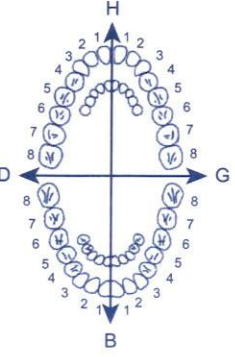
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div> (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



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

☐ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Doussen Dina

Présente

une Neuralgie du nerf trijumeau

Nécessitant un traitement d'une durée de :

(longue durée / à vie)

Dont ci-joint ordonnance :

Gabapentine
Lyonal

Carbamazepine

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

PHARMACIE RIAD AL QODS
310 Bis, GPE Zenata 4
Hay Al Qods- Sidi Bernoussi
Casablanca- Tél.: 05.22.73.21.91

18/7/10

Tegretol 400  82,70x12

Nupente 300  275,00x3

→ 18/7/60

PHARMACIE RIAD AL QODS
310 Rue de la Liberté
Casablanca - Tél: 05.22.73.21.91

PPV: 275DH00

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 90 gélules
Voie orale

6 118001 300044

PPV: 275DH00

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 90 gélules
Voie orale

6 118001 300044

PPV: 275DH00

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 90 gélules
Voie orale

6 118001 300044

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

○ **TEGRETOL® CR 400 mg**
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 82.70 DH

Docteur Hind MOUALLIF
NEUROLOGUE
(Adulte et Enfant)

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Casablanca
Ancien médecin au CHU-IBN ROCHD
de Casablanca

Diplôme universitaire en :

- ELECTROENCÉPHALOGRAPHIE (EEG)
- ELECTRONEUROMYOGRAPHIE (ENMG)



الدكتورة هند مؤلف

طبية أحصائية في أمراض الجهاز العصبي والعضلات
(الكبار والأطفال)

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

دبلوم جامعی فی تخصص:

- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :15,06,2021.....: الدار البيضاء، في

Mme MOUSSEY Mina

LIORISAL 105mg cp séc : 5Plq/10

le matin, à midi et le soir, pendant 6 mois.

2 TEGRETOL 400 CR

Le matin, à midi et le soir pendant 6 mois.

3 NUPENTIN 300 MG, GÉLULE

Prendre 1 gélule le matin, à midi et le soir pendant 6 m

6 118001 038231

○ LIORESAL 10 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV, 1/2, 10/134

6 118001 030 47

○ TEGRETOL® CR 400 mg

Comprimé

pelliculé sécable

PPV : 93 00 DH

6 118001 030347

TEGRETOL® CR 400 mg

Comprimé

pelliculé sécable

PPV : 93.00 DH

PPV : 93,00 DH

NOVARTIS

OTED ETOL CR 400 mg
Comprimés

6 1 8001 030347



Amal 3, Rue 18, N° 4 - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel : 0522 73 70 71 E-mail : hind.mouallif@gmail.com

Amal 3, Rue 18, N° 4 - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 0522 73 70 71 E-mail : hind.mouaillif@gmail.com