

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Déclaration de Maladie

Nº W21-812593



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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 87CH

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAIT

Date de naissance : 27-10-1965

Adresse : GRES WARDA

Tél. : 0666871065 Total des frais engagés : 450,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachida CHAMI
Professeur en Pédiatrie
Esp Maârif, Angle Brahim Roudani et
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca
05 22 99 63 63 / 06 41 48 45 49
INPE: 09715722

Date de consultation : 24 JAN 2024

Nom et prénom du malade : EL HASSANI MAMOUNE Age: 14 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Genes Respiratoires

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 JAN 2024

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rabie D'ORFERRAHMANE B9,50	24.11.2011	150,80

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
920203			

VIOLET ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	<hr/>		
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	<hr/>																		
	B	35533411	11433553																
	<hr/>																		
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																		
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																		
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																		
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 24.01.2024

EL HASSANI Mamoune

1 NASONEX

1 pulvérisation dans chaque narine le soir pendant 15 jours
 en cas de poussée de rhinite

2 VENTOLINE SPRAY

2 bouffées toutes les 4 heures à la demande
 en cas de gêne respiratoire ou sifflements ou toux quinteuse

3 UVEDOSE 100 000 UI sol buv : Amp/2ml

1 ampoule tous les 3 mois à 3 reprises

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
 SOL BUV
 P.P.V : 19,50 DH

 6 118001 185030

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
 SOL BUV
 P.P.V : 19,50 DH

 6 118001 185030

Maphar
 Bd Alkima N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
 SOL BUV
 P.P.V : 19,50 DH

 6 118001 185030



Rachida CHAMI
 Professeur en Pédiatrie
 Esp Madrif, Angle Brahim Roudani et
 Abou Ishak Al Maroufi - Casablanca
 05 22 99 63 63 / 06 41 48 48 49
 INPE: 091157222

XP
ot

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V:50,10 DH

Distribué par MSD Maroc

A 101562
06 2026



Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé.

COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol
..... 120,50 µg*
quantité correspondant à
salbutamol 100,00 µg*
pour une dose

Gaz propulseur :
norflurane (tétrafluoroéthane
ou HFA 134a)

*µg= microgramme

Lire la notice avant
utilisation.

Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

Titulaire d'AMM au Maroc:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

Fabricant :
Glaxo Wellcome Production
27000 Evreux - France

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Ventoline

SALBUTAMOL

**100
microgrammes/
dose**

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot L 98 Y
EXP 11 2024
PPV 45,30 DH