

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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

W21-843619

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SALEHEDINE NARIN
 Date de naissance : 16/03/1986
 Adresse : 2 ASIS SQUARE IINAG MPD 001 RA
 Tél. : 06 74496038 Total des frais engagés : 1004,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/8/2024
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFF. maculop.
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

201568

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
28/12/2024		C3	300	
	Reetascape		300	
			600 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2025	404,16

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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

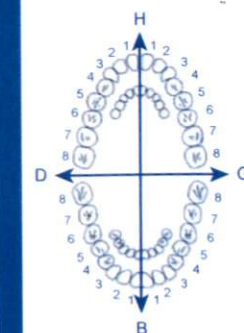
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroenterologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 28/02/2024 الدار البيضاء في

MME SALEHDDINE MARIAM

LOT : 28E011
CP B20
P.P.V : 530H10
6 118000 060833

EMULSION REPARATRICE
LOT: PF2401001
EXP: 01/2027
PPC: 187.00DH

79,50
A'S
• CANDIDAX Soluble

1 application 2/j

184,50
53,10
• CREME CICATRISANTE ADDAX - Application

1 Application, matin, pendant 8 jours

• Relaxol 500 mg /2mg - comprimé

1 Comprimés, matin midi et soir, après les repas, pendant 6 jours

• HEMOFAST SUPPO+POMMADE - suppositoire

1 suppositoire soir, enrobé de crème pendant 8 jours

84, -
404,10
A'S
Professeur Driss JAMIL

Maladies du Foie

et de l'Appareil Digestif

201, Bd d'Anfa - Casablanca

Tél: 05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

05 22 94 91 97 28 - Fax: 05 22 94 91 97 28

201, شارع أنفا - الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون) الدار البيضاء | الهاتف : 0522.94.61.61/0522.94.62.62/0522.94.63.63 | الفاكس: 0522.39.62.62

201, Bd. d'Anfa 3^{ème} étage (En face de l'école Espagnole Juan Ramón) - Casablanca | Tél.: 0522.94.61.61/0522.94.62.62/0522.94.63.63 | Fax:0522.39.62.62

Assisstantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com



8 032578 476033

Lot: 23133

À utiliser de

préférence avant le: voir Etq flacon

PPC: 79,50 DH

230860

Lot:

A consommer de
préférence avant le:

10/2027

PPC 84,00 DH

14,50

Solution buvable[®]

ISILAX[®]

À base d'actifs naturels

Pharmalife
RESEARCH

Thérapiarm
LABORATOIRES

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil
البروفيسور إدريس جميل

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE

Facture N° 2804 أمراض الكبد والجهاز الهضمي

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE

اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Date : 28/02/2024

Bénéficiaire : Mme Salehddine Mariam

Mme SALEHDDINE MARIAM

Tél: 0614494038

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 28/02/2024				
CNS	Consultation	1	300,00	300,00
RECT	RECTOSCOPIE	1	300,00	300,00
			Total	600,00

Arrêté le présent document à la somme de :
six cents dirham(s)

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201 شارع أنفا - الدار البيضاء
الهاتف: 0522.94.62.62 / 0522.94.61.61

Assisstantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201، شارع أنفا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء

201, Bd. d'Anfa 3^{ème} étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

الهاتف: 05.22.94.61.61 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.63.63 | الفاكس: 05.22.39.62.62