

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 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 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

N° W21-829497

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEWDAWDELBEKKAI
 Date de naissance : 21/7/1958
 Adresse : RUE 562 MO1 + ARRST
 ICHER GACU
 Tél. : 0666181880 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. CHAHBI Mohamed
 Date de consultation : 12/03/2024
 Nom et prénom du malade : BENMOUN EL BEKKAI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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) :

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
12/03/2024			200	INF: 0910390179
13/03/2024			0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJ F. Soudi Alli Cheddi 326 Masdour GANE Tél: 05 28 33 42 42	12/03/24	59,10
	13/03/24	915,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04/20/2024			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	D	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ORDONNANCE

Casablanca le 13/03/2024

M. BENDAOUD EL BELCKA

103,40 x 5
No. 70

to Rome

1 2 3

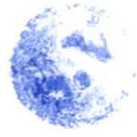
14.10 x 2

Dismed

1 2 3



Pharmacie
Dr. Saad TAJ
AV. MY ALI CHAHBI N° 315 Hassan
INEZGANE - Tél.: 05 22 33 42 42



DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
Californie

544, bd. panoramique, Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



Pharmacie
Dr. Saad TAJ
AV. MY ALI CHAHBI N° 315 Hassan
INEZGANE Tél.: 05 22 33 42 42



SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

is ou souples

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

souples



Casablanca le 12/03/2024

NON : *Bengoud*
PRENOM : *Abdelhak*

59,00

ZYRTEC (comprimés) 10 mg
1CP /J le soir pdt 5 jour

Rendez-vous le A.....

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
544, bd. panoramique, californie,
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE



زولامول®
Xolamol®

Lot: ALO 124
Fab: 10 23
Exp: 10 25

P.P.V PPV : 103 DH 40



زولامول®
Xolamol®

Lot: ALO 124
Fab: 10 23
Exp: 10 25

P.P.V PPV : 103 DH 40



زولامول®
Xolamol®

Lot: AGO 237
Fab: 07 23
Exp: 07 25

P.P.V : 110 DH 70



زولامول®
Xolamol®

Lot: AMO 108
Fab: 11 23
Exp: 11 25

P.P.V : PPV : 103 DH 40



12502657-02S

زولامول®
Xolamol®

Lot: AMO 108
Fab: 11 23
Exp: 11 25

P.P.V PPV : 103 DH 40



12502657-02S

زولامول®
Xolamol®

Lot: AMO 108
Fab: 11 23
Exp: 11 25

P.P.V : PPV : 103 DH 40



12502657-02S

AMM N° 60/19/DNB/2017/RQDNM

Zyrtec 10mg

15 comprimés pelliculés sécables



59,10