

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

M23-000456

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5394 Société : RA7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAHBI SALOUA
Date de naissance : 14/01/63
Adresse : S.I. LOT LAGHOUVE 177850
Tél. : 0661178787 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/07/2023
Nom et prénom du malade : OUAHBI SALOUA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLF

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
10/02/2023	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°1 Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 34 - 05 22 93 87 15 ICE: 00155156600078 - IF: 40155060	10/07/23	2104,90

[illegible]

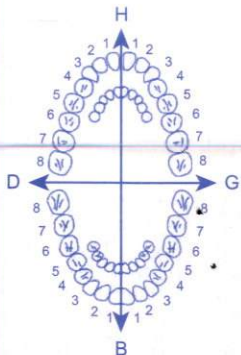
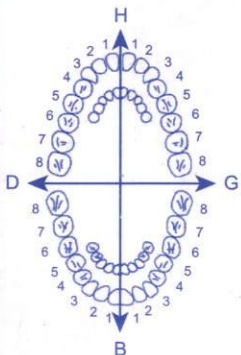
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
					MONTANTS DES SOINS																		
					DEBUT D'EXECUTION																		
					FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B												
H																							
25533412 00000000	21433552 00000000																						
D	G																						
00000000 35533411	00000000 11433553																						
B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																			
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 10px;"></td> <td style="width: 50%; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 10px;"></td> <td style="height: 10px;"></td> </tr> </table>																						
				DATE DU DEVIS																			
				DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 10/07/2023

Mme SALOUA OUAHBI

27.70 x 3
1) **CARDIOASPIRINE Comprimé Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprimé**

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

167.100 x 3
2) **CRESTOR Comprimé Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprimé**

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

45.80 x 7
3) **LOPRESSOR RETARD Comprimé Secable à 200 mg Bte 14 Comprimé**

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

56.60 x 5
4) **STILNOX Comprimé Pellicule Secable à 10 mg Bte 20 Comprimé**

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

158.70 x 4
5) **APROVEL Comprimé Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprimé**

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

56.80 x 5
6) **ALDACTONE Comprimé à 50 mg Bte 20 Comprimé**

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

2104.90
PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 82 Fax: 05 22 93 87 15
ICE 001551566000078 - IF: 40155060

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Lass Masjar Casablanca
Tél : 05 22 25 36 00

PHARMACIE TILILA

N°: 7739

Le: 10/07/23

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V. : 56DH80
6 118001 170029

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V. : 56DH80
6 118001 170029

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

Maphar
Bd Alkhalifa N° 6, Al.
Sidi Barronoussi, Casablanca
Crestor 10mg, cp pel b30
P.P.V. : 167,00 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkhalifa N° 6, Al.
Sidi Barronoussi, Casablanca
Crestor 10mg, cp pel b30
P.P.V. : 167,00 DH
6 118001 183111

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

LOT : 22E003
PER : 04 2026

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 21E006
PER : 09 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E001
PER : 01 2026

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

Cardiopirine 100 mg 30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
6 118001 090280

LOT : 21E006
PER : 09 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

Maphar
Bd Alkhalifa N° 6, Al.
Sidi Barronoussi, Casablanca
Crestor 10mg, cp pel b30
P.P.V. : 167,00 DH
6 118001 183111

Cardiopirine 100 mg 30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
6 118001 090280

Cardiopirine 100 mg 30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
6 118001 090280

NOVARTIS
PPV : 45,80 DH

6118001030248
Lopresor Retard® 200 mg
Boite de 14 Comprimés
pelliculés sécables.
NOVARTIS
PPV : 45,80 DH

عن مرأي
لا تحرق
x6ced