

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

M22- 0016066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144 Société : RA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADHI Khena

Date de naissance : 01.01.49

Adresse : 19, Rue AGHMAT HAY 2 HANA GABRIEL

Tél. : 0661 420848 Total des frais engagés : MD 9391 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.01.2024

Nom et prénom du malade : RADHI Khena 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 :

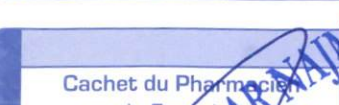
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Le : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	N° 1 Date	Montant de la Facture
	02/11/23	2391.00

[illegible]

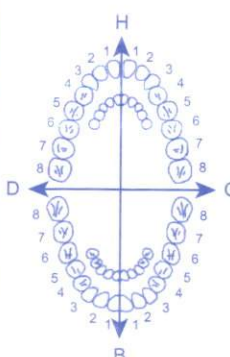
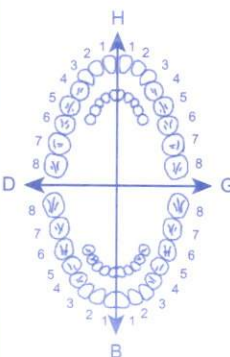
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553		D		B	
H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553								
D		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

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 00000000 35533411 B G 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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 L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

02/11/2023

Mme RADHI KHEIRA

2391.00

AROMASINE 25MG



797.00x3

1CP PAR JOUR PENDANT 3 MOIS

2391.00

Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Dr. Naoufal MAMOU
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

PHARMACIE DAR NAJME
Sofia NAJME
Lot. Sofia 2, Rue Hassane, N° 7
Hay El Hana - Casablanca
Tél. : 0522 95 15 37

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ci-casablanca.ma

Site web : www.ci-casablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

Site de production de lots du produit fini
PFIZER ITALIA SRL
LOCALITA MARINO DEL TRONTO
63100 ASCOLI PICENO (AP)
ITALIE

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au
Maroc/ بمقتضى مرسوم رقم 109/2019
Laboratoires Pfizer S.A.

km 0,5, Route de Qualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

AROMASINE 25 mg

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
Liste I

فقط وفقا لوصفة طبية. لائحة I

المادة الفعالة هي :
25 مغ لكل قرص مغلف
ايكسمستان
السواغات ذات التأثير المعروف :
السكروز والباراهيدروكسي بنزوات الميثيل

يتناول عن طريق الفم
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
يرجى قراءة هذه النشرة بعناية قبل استعمال الدواء
.احفظ هذا الدواء عند درجة حرارة لا تتجاوز
30 درجة مئوية



P.P.V.: 797,00 DH

Lot n° /Exp.

GR6741
10/2025

Site de production de lots du produit fini
PFIZER ITALIA SRL
LOCALITA MARINO DEL TRONTO
63100 ASCOLI PICENO (AP)
ITALIE

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au
Maroc/ بمقتضى مرسوم رقم 109/2019
Laboratoires Pfizer S.A.

km 0,5, Route de Qualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

AROMASINE 25 mg

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
Liste I

فقط وفقا لوصفة طبية. لائحة I

المادة الفعالة هي :
25 مغ لكل قرص مغلف
ايكسمستان
السواغات ذات التأثير المعروف :
السكروز والباراهيدروكسي بنزوات الميثيل

يتناول عن طريق الفم
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
يرجى قراءة هذه النشرة بعناية قبل استعمال الدواء
.احفظ هذا الدواء عند درجة حرارة لا تتجاوز
30 درجة مئوية



P.P.V.: 797,00 DH

Lot n° /Exp.

GR6741
10/2025

Site de production de lots du produit fini
PFIZER ITALIA SRL
LOCALITA MARINO DEL TRONTO
63100 ASCOLI PICENO (AP)
ITALIE

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au
Maroc/ بمقتضى مرسوم رقم 109/2019
Laboratoires Pfizer S.A.

km 0,5, Route de Qualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

AROMASINE 25 mg

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
Liste I

فقط وفقا لوصفة طبية. لائحة I

المادة الفعالة هي :
25 مغ لكل قرص مغلف
ايكسمستان
السواغات ذات التأثير المعروف :
السكروز والباراهيدروكسي بنزوات الميثيل

يتناول عن طريق الفم
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
يرجى قراءة هذه النشرة بعناية قبل استعمال الدواء
.احفظ هذا الدواء عند درجة حرارة لا تتجاوز
30 درجة مئوية



P.P.V.: 797,00 DH

Lot n° /Exp.

GR6741

10/2025