

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 ALP :

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

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° M20- 0006531

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société : 86458
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHEBICHEB LAMIA
Date de naissance : 29/08/62
Adresse : Ghissemoul 04 Ouis Rue 1 n° 86
califine casablanca
Tél. : 0661693351 Total des frais engagés : 950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL AKHOUJ Adnessamad
Médecin Généraliste

Date de consultation : 02/09/24
Nom et prénom du malade : Lamia CHEBICHEB Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06531

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2706
Nom de l'adhérent(e) : CHEBICHEB
Total des frais engagés : 950,00
Date de dépôt :

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
20.09.21			6.600,11	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20.09.21 300,80

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

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

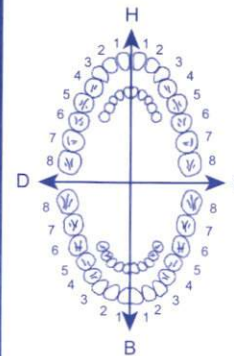
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

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

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SAMU

إنقاذ

Docteur :

Casablanca, le : 22.09.24

CHEBI CHEO

l'ami

1) Sepac 100 mg
74.80
P2 14 x 2

S.V.

2) Neofortan 160 mg
98.80
14 x 3

S.V.

3) Smecta 3g sachet
52.40
30080
7 x 3

S.V.

PHARMACIE OXYGENE
EQUAD DEMNI TAZI
1 bis, Bd Panoramique
Casablanca - Tel: 0522 52 51 14



Dr. EL AKHOU Abdessamad
Médecin Généraliste

0694 40812

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien
Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude au SAMU

سيبسين® 500 مغ

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74,80

LOT: 0532026

PEQ: 05/2026

PPV: 74,80 2H

سيتيسين[®] 500 مغ

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPGEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74,80

LOT: 05327026

PEQ: 05/2026

PPV: 74,80 2H

smecta®

Diosmectite

orange-vanille

LOT : 21E032
PER.: 02 2024

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40



Orange & Vanille

30
SACHETS

ADULTES ET ENFANTS
DE PLUS DE 2 ANS

