

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- N° 0033806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 616

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHDISSINE

Date de naissance : 01-06-1948

Adresse : 70000 1 RUE 14 N° 11 CASABLANCA

Tél. 06 64 82 55 44 Total des frais engagés : 14 298 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2024

Nom et prénom du malade : SAHLI LAHDISSINE

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dégénérescence ALD 2

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 : 04/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmaseur



Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

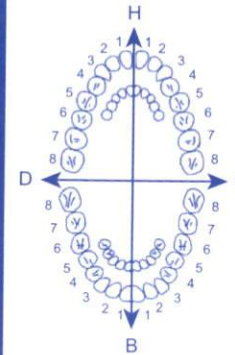
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél. : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : docteurgourjaasmae@live.fr

5) condice $\log_{10}$

27.7 condense to give $x_2 = 55.4$ g/min

126.80 x 2.053,602 1 7 and 2

b) 210 dep 50p

$$11.00 \times 2 = 220.00$$

7) humalog mix 25 (N.Y)

82, 10

100%

Let η_c

8) In $\mathbb{R}^n$

M29.8



Mme SATHI

LOT D564733AJ.3

UT AV 08 2025

PPV 777.00 DH

LOT D564733AJ.3

IT AV 08 2025

PV 777.00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue mouhair benou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14

Cp GR

640750MP21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

Humalog® Mix25
KwikPen™

Suspension injectable
1 stylo de 3 mL
SOTHEMA
B.P. N° 27182 Boukoura, Maroc
A.M.M. N° 118071 DMPT/118071

6 118001 071524

Humalog® Mix25
KwikPen™

Suspension injectable
1 stylo de 3 mL
SOTHEMA
B.P. N° 27182 Boukoura, Maroc
A.M.M. N° 118071 DMPT/118071

6 118001 071524

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V: 27.70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V: 27.70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables

6 118000 050889

LOT: 452

PER: AUT 2025

PPV: 126 DH 80

NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables

6 118000 050889

LOT: 451
PER: JUN 2025
PPV: 126 DH 80

Metformine 1000 mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

PPV 21 DH 00
PER 06/26
LOT M2114

500 mg

3 Comprimés sécables

6 118000 040941

PPV 79 DH 70
PER 06/26
LOT M2219

LOT: GB21778
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

SAFLU250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses

6 118001 101290

PPV 77 DH 00
PER 05/25
LOT M1818

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

PPV 77 DH 00
PER 05/25
LOT M1818

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

PPV 77 DH 00
PER 05/25
LOT M1818

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042020

☐ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
.....	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	