

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'Hay
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
M23-009881

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RHADBANE YESSADUD
Date de naissance : 01-01-1953
Adresse : 22 Rue Thour Kotz 2454 MAARIF
Tél. : 0661 961369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DR. SADIK Fouzla
Médecin
104 Rue Mimouza Hay Erraha
Tél : 05.22.36.58.91 Casablanca
Date de consultation : 12.02.2024
Nom et prénom du malade : D. FADILI Nonjissa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vesset + Bêlie
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 : 05/04/24
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
27/10/24	14	01	209,00	DR. SADIK FOUAD Médecin 104 Rue Mohammed VI, Casablanca Tél : 05 22 24 58 91

INPE: 0921463770
INPE: 0921224770

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAJID et Abou Hassan Sagor Marjanechouk Casablanca Tél : 05 22 23 17 17	12/02/24	165,20
	5/11/24	4220

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

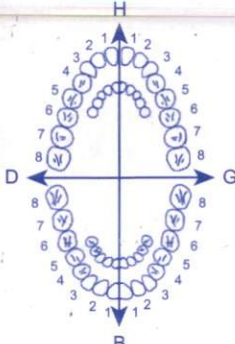
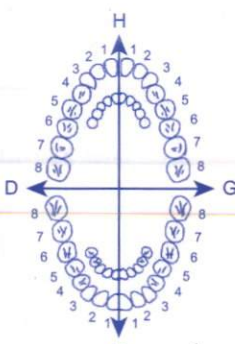
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL MAWLID

S.A.R.L

RES AL MAWLID 2 RUE IBNOU KATIB MAARIF EXT CA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35873151

N° R.C. : 250445

N° ID.F. : 40457105

N° CNSS : 2010122

Tel : 0522231706

Fax : 0522235442

N° ICE 000198434000077

MM FADILI NOUFISSA

I.C.E. :

Le : 05/04/2024

FACTURE N°:

3575/24

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VENTOLINE AEROSOL	42.20	42,20

Total : 42,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE DEUX DIRHAMS ET VINGT CTS

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Kadir
et Abou Hassan Saghir
Maarif Extension Casablanca - Tel: 0522 23 17 06

COPARANTAL®

400 mg / 20 mg

PPU 25DH20
EXP 10/2024
LOT 16009 10

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél.: 05 22 36 58 91

الدكتورة صديقة فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقاً)

الطابق الأول - بوسيجو

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 58 91

Casablanca, le : 12 FEB 2024 : الدار البيضاء، في :

M^{me} FADILI NOURISSA

- Dompellium (Sup 0UR)

74,00 2c 3fns / avant

- Mexine 500 mg (Sup)

25,20 1c 2fns / après

- Coprantal (0UR)

69,00 1c 3fns / après

- Docilox (Sup AD)

16,20 1c 3fns / après

Pharmacie AL MAWLIC
Angie Rue Ibnou Kattir
Madinat Etienne Cas - Tel: 0522 23 17 04

DR. SADIK FOUZIA
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
104 Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél: 05 22 36 58 91

Docivox

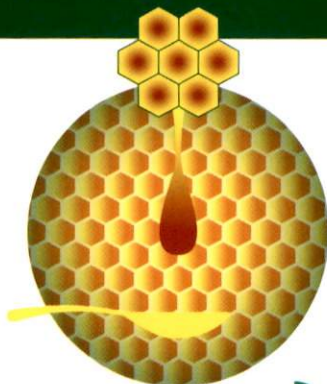
Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES

(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 230760
DLUO: 09/2026
69,00DH

200 ml

Deva



Ventoline

SALBUTAMOL

 **100**
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

Y J 4 U

EXP

05 2025

PPV

42,20 DH

MEXINE®

Ciprofloxacin

10 Comprimés



500 mg

● Antibiotique

LOT : 4022
PER : 10-25
P.P.V : 71 DH 00

10 Comprimés

MEXINE®

Ciprofloxacin



Voie Orale

500 mg



Pharmed
Laboratoire Pharmaceutique



Voie Orale