

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

- 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

N° W19-452178

ND = 21897

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08223 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGTA LAYLA ep CHRAÏBI
 Date de naissance : 08/06/1963
 Adresse : N°37 Rue 38 lot layman HAY HASANI
 CASABLANCA
 Tél. : 0522 98 17 16 Total des frais engagés : 467,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ghali MECHICHE ALAMI
 pédiatre
 Cachet du médecin : Résidence Nadia
 201, 20. Etahim Roudani
 Casa - Tél.: 0522 23 48 42
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SOUA
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : ANGINE
 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 : 20/01/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

| 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 JAN 2022 | 2 | 1 | 392000 | INP : 091210492 Dr. Gnaï MEDJICHE ALAMI Centre R. Bouabid 201, Bd. Bouabid Casablanca - Tél.: 0522 23 43 42 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 98 47 20 | 26/01/2022 | PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 98 47 20 167.80 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 | INP : <input type="text"/> |
| | | | | 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 | | | |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [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 |



Contra-faço.

Casablanca le : 20 JAN. 2020

14.00

1/800mg of g.



P = T h.

1g x 3 tout le jour.
à la fois 38.80

38.80

1/ Muro 2



PHARMACIE IERRADA
Dr. Be Abderrahim Roudani
Oasis - Casablanca
Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 99 47 77

18.00 1g x 3

1/ Clavoxyl 1g x 2



60.00

1g x 2 1/2 par 3
1/ Eutroferin my



162.80

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI
Pédiatre
Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 99 47 77

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

موکسول[®]

أمیروکسول

بدون سکر

Enterogermina®

2 milliards/5 ml - 2 billion/5 ml

Spores of *Bacillus clausii* polyanitbio-résistantes
Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

Suspension buvable/Oral suspension

Ne pas injecter/Do not inject

Enterogermina®
Enterogermina®

10 flacons de 5 ml
10 vials of 5 ml

Voie orale

N: 03582910075455
12430AKM1HGR07

Lot/Batch: 2712

Fab/Mfg: 03 / 2019

EXP.: 02 / 2021





12 comprimés
dispersibles
1g

amoxicilline
Clamoxyl

Clamoxyl 1g
amoxicilline

comprimés dispersibles

Composition :

amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g
excipient q.s.p. 1 comprimé
contient de l'aspartam.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام
اقرأ attentivement la notice avant utilisation.
اقرأوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

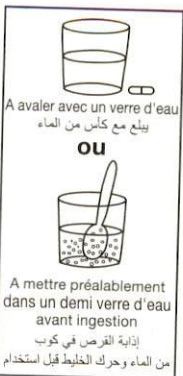
Conserver hors de la vue et de la portée des enfants.
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

SPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55,00 DH
LOT: 590911
PER: 03/21



CLAMOXYL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160359