

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

- Reclamation : 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 - Same Line Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - TEL : 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° W19-498748

25072

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07050

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAADIRA

RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661888131

Total des frais engagés :

2459,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mostafa
Ouelhino - Larbi
Moutay Larbi
Tél : 05 22 20 45 45
09 DEC 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

goutte (opérée)

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

MUPRAS
13 MAR 2020
ACCUEIL

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
03.2019	C3		300,00	INP: 097715257 Professeur Othman 120, Bd Moulay El Bacha Casablanca - Tél: 022 84 37 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. BOUCHRA TAOUDI Coopérative Ach-charaf N°DM2 Hay Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	11/12/2020	2159,80

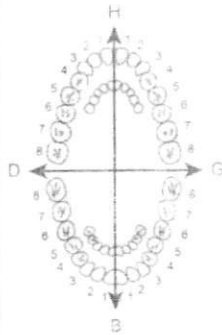
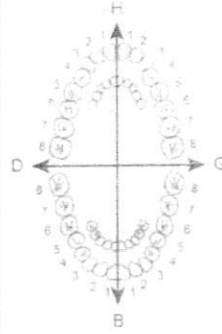
[illegible][illegible]

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>01733552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>50000000</td> <td>06300000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533411	01733552	00000000	00000000	D	G	50000000	06300000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533411	01733552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	50000000	06300000																
	35533411	11433553																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 11/12/2019 في الدار البيضاء، في



Mme LAAQIRA Rachida



LEVOTHYROX 100

1cp le matin avant le repas, pendant 6 mois

LEVOTHYROX 25

1cp le matin avant le repas, pendant 6 mois

UN-ALFA 1

1cp le matin et le soir, pendant 6 mois

CALCIFIX

1 comprimé 2 fois par jour, pendant 6 mois



120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule
 Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV : 172 DH 20