

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.

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.

Prothèse 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

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° P19- 0043853

ND: 29600

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1161 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H LILA HAKIMA

Date de naissance : 11/11/63

Adresse : 179 B+ BRAHIM BOUDAVI I.M.L. Ap20

Maarif CASABLANCA

Tél. : 066178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 18/06/2020

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
12/03/20	CN			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL FATH</p> <p>N° 6 Res. Bayt Al Fath Quarter Bensouda</p> <p>Ain Sebaa Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62</p> <p>Email: alfa@yahoo.com</p>	18/03/2020	1088,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

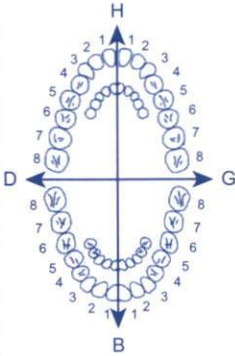
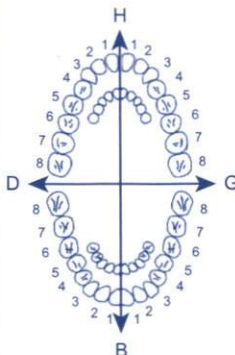
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Vous devez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 15/03/2010

ORDONNANCE

Docteur :

Mme HLila Makina.

3x 22.80

1 - cortancyl

89.00

1cp/3

2x

54.30

2 - Dila micron

1cp/3

3x

27.70

3 - cardioAspirine

100

4x

92.60

4 - Zmaxium 20 Mg

3x

54.10

5 - Cardentrel 2.5

3x

16.80

6 - Vita c 1000

1cp/3

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

Contrat de 3 mois

1X

7). Augmentin 1g
168.20 1c8 15



3X

8). Doliprane 1000
14.000 1c8 15



(traitement des 3 mois)

1088,70

صيدلية بيت الوطن
PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Res. Bayt Al Fath Casablanca
Ain Sidi Ghaleb
Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 34 24 02
E-mail: aliaaf@yahoo.com

Dr. CHABBAK Nawal
Néphrologue
CHU. ibn Rochd - Casablanca

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH
7862160238

سيري 100 مع
ساليسيليك
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

سيري 10 مع
ساليسيليك
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

سيري 100 مع
ساليسيليك
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

AUGMENTIN

CLUBREACIDE CLASSIQUE

19/12

Sache

..... sachet(s) fois par jour
rendre de préférence au début des rep
endant jours.
lire attentivement la notice à l'ant emploi.
...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 623080
PER: 03/21

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Cortacyl 5mg

Prednisone

22,80



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Cortacyl 5mg

Prednisone

22,80



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Cortacyl 5mg

Prednisone

22,80



المقادير الممنوعة
RESPECTER LES DOSES

60 Comprimés à Libération
Gliclazide

DIAMICRON 3

89.00

54.30

Vita C 1000®

PPV 16DH8G
EXP 08/2022
LOT 96043 2

Vita C1000®

LOT 90057 1
EXP 12/2022
PPV 16DH80

Vita C1000®

LOT 90057 1
EXP 12/2022
PPV 16DH80

المقادير الممنوعة
RESPECTER LES DOSES
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

30 Comprimés à Libération
Gliclazide

DIAMICRON 30 mg

Doliprane®
1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00
PER:11/22
LOT:I2535



Doliprane
1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00
PER:11/22
LOT:I2535



Doliprane
1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00
PER:11/22
LOT:I2535



b Boehringer Ingelheim
10, Allée des Courmes - 41100 - Chartres
S. Lachoux - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

boehr