

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'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

ND: 31094

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000043

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1047 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : CH. CHEF ESCALE
 Nom & Prénom : ELAOUAÏ - ABDELKADDER Date de naissance : 08-10-1949
 Adresse : 1015 rue de la ... 60 HAY EL AMAL - AZEMMOUR
 Tél. : 06 70 970 128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Bouchaib ZAYOUH
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
RÉS. YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casablanca 20000

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : TLOHI Mina Age : 01/01/50

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

Nature de la maladie : Goutte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

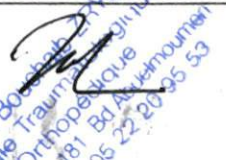
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 22/01/20

Signature de l'adhérent(e) : f 10/06/20

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
22/4/2020	Consultation	1	300	
15/6/2020	Consultation	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/20	596,00
	15/06/20	213,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

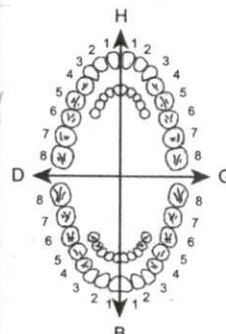
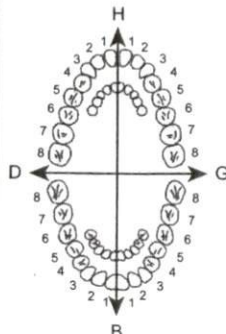
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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</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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Professeur Bouchaib ZRYOUIL

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques

Microchirurgie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine

Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd

الدكتور ازرويل بوشعيب

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة أعصاب الأطراف

الجراحة المجهرية

أستاذ بكلية الطب سابقا

رئيس سابق لقسم جراحة العظام بمستشفى ابن رشد

Casablanca, le

22/4/2020

Mme TLOU MIÑA

Professeur Bouchaib ZRYOUIL
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Rés. YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casa Tél. 05 22 20 95 53

Professeur Bouchaib ZRYOUIL
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Rés. YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casa Tél. 05 22 20 95 53

149,20
x2
OF CURARTI Int

S.V.

Myth
Myth x 30g

198,20
γ-NOCEPTOL gel

S.V.

39,20
3/cedes
Myth x 20g

Myth le Soir

Fin mit xlog



Professeur Bouchaib ZRYOUIL
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Rés. YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casa Tél. 05 22 20 95 53

Professeur Bouchaib ZRYOUIL
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Rés. YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casa Tél. 05 22 20 95 53

S.V.

Urgences : 06 63 60 76 64 : المستعجلات

إقامة اليمامة 181 شارع عبد المومن رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 95 53
Résidence YAMAMA 181 Bd. Abdelmoumen RDC N°1 - Casablanca - Tél : 05 22 20 95 53

Professeur Bouchaib ZRYOUIL

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques

Microchirurgie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine

Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd

الدكتور ازرويل بوشعيب

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة أعصاب الأطراف

الجراحة المجهرية

أستاذ بكلية الطب سابقا

رئيس سابق لقسم جراحة العظام بمستشفى ابن رشد

Casablanca, le 15/6/2020 الدار البيضاء، في

The TLOAI MINA

14.00

Andol

bynt x 10g

AS

49.00

- Felderfach

uplt - mishi

AS

149.80

- CURARTI

uplt x 10g

AS

213.00



المستعجلات : 06 63 60 76 64 Urgences :

إقامة اليمامة 181 شارع عبد المومن رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 95 53

Résidence YAMAMA 181 Bd. Abdelmoumen RDC N°1 - Casablanca - Tél : 05 22 20 95 53

Facture

N°

Le 22/04/20

Client: M^{me} TLOHI Mina

Qté	Désignation	Prix	Total
02	Curacel Forte	149,00	299,00
01	Moliceptal pr.	198,00	198,00
01	oelco 20/28	99,00	99,00
			<hr/> 596,00

Professeur Bouchaib ZRYOUIL

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques

Microchirurgie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine

Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd

الدكتور ازرويل بوشعيب

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة أعصاب الأطراف

الجراحة المجهرية

أستاذ بكلية الطب سابقا

رئيس سابق لقسم جراحة العظام بمستشفى ابن رشد

Casablanca, le 15/6/2020 في الدار البيضاء

Mme TOUTI NA

— consultation
honoraires: 300 dh.

Professeur Bouchaib ZRYOUIL
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Rés YAMAMA 181 Bd Abdelmoumen
Casa Tél 05 22 20 95 53

المستعجلات : 06 63 60 76 64 : Urgences

إقامة اليمامة 181 شارع عبد المومن رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 95 53

Résidence YAMAMA 181 Bd. Abdelmoumen RDC N°1 - Casablanca - Tél : 05 22 20 95 53

Facture

N°

Le

Le 15/06/20

Client :

M. Monli Tina

Qté	Désignation	Prix	Total
01	Andel 1000mg	14.00	14.00
01	Jelden fort	49.00	49.00
01	Quanti Forte	149.00	149.00
			213.00

curarti®

forte

comprimé



30

comprimés

Voie orale

MEDIPRO
PHARMA

PC : 149,50 DH

ot :
consommer de
référence avant le :

395024
03/2022

curarti forte®
comprimé

curarti®

forte

comprimé



30

comprimés

Voie orale

MEDIPRO
PHARMA

PC : 149,50 DH

ot :

consommer de
référence avant le :

curarti forte®
comprimé

395024
03/2022

curarti®

forte

comprimé



30

comprimés

Voie orale

MEDIPRO
PHARMA

PC : 149,50 DH

ot :

consommer de
référence avant le :

curarti forte®
comprimé

395024
03/2022

20 ملغ
عن طريق الفم



أوديديس[®]
أوميبرازول

14 x

حبّيات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

مدة ٢٤ صبح
زوال ٢٤ مساء

OEDES 20mg
14 gélules



6 118001 100071

COOPER
PHARMA

فلادين فاست

تحت اللسان

بيروكسيكام

20 ملغ

10 اقراص

Pfizer

LOT. N° :
UT. AV. :
R.P.V.:

94412100
05/2024
49DH60



GEL ANTI - DOULEUR

AUX AILLES ESSENTIELLES

**PLUS RAPIDE
EFFICACE**

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT



198, 50 24
C51
2022-04

REV. : 2019/06/A

