

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W19-530617

N° D: 34632/

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13020 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Mediani Bach

Date de naissance : 06/03/1992

Adresse : 7, rue Ahmed Cherif Ra. Naumidy p apt 2
Vedrame 20450 Casablanca

Tél. : 06 39 85 55 26 Total des frais engagés : 8 966,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS 3 JUL 2020]

Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : EL MEDIANI Bach

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

Nature de la maladie : Entorse cheville gauche

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 : Le : / /

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
17/07/2020	G. Galle			INP : 080060
	réf. dent. orthodont.			
	vis. orthodont.			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/07/2020	1266,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/07/2020	72	304

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.														
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<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	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										



مضخة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 17.07.2020

EL MEDIANI° BAOR

① Andel 1g S.V
14,50 1 g x 3/j

② Mefsalin S.V
79,00 1 g/j

③ Novex 0,4 S.V 1 dt (2x)
132,00 1 inj 5/c/j
347,00 x 3
1266,50

Pharmacie Val d'Angle
Bentayouna Benjelloun 2010
Docteur en Pharmacie
106 Bd. 11 Mars 1963 - Casablanca

Dr. Issam GUERROUJ
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE



مصحة الزيرقطني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le 17/07/2020

Facture N° 2883/20

Mr EL MEDIANI BADR

Consultation	Gratuite
Radiographie	300 DH
Traitement orthopédique	
Par botte plâtré	1400 DH

TOTAL 1700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
// Mille Sept Dirhams//



مصحة الزيرقطني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

17/07/2020

Mr EL MEDIANI BADR

Incidence:

- Cheville droite de face+profil

Compte rendu

Les de lésion Osseuse
Visible

Dr. Issam GUERROUJ
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

1000 ملغ
باراسيتامول



نكهة البرتقال

أندول

باراسيتامول

للآلام والحمى

أقراص فوارية 8x

الاصقة بدمع 5 زوال آلام

79,00

15 ملغ
عن طريق الفم

مفكجعال

مبارك سعيد

قرصا قابلا للكس

20x

مدة 7 صاع زوال آلام

ANDOL[®]
PARACETAMOL

1000 mg

Comprimé effervescent 8x

0 2 2 1 9
0 8 / 2 1
1 5 0
14150

MEFSAL[®] 15 mg
20 comprimés sécables



6 118000 081982

COOPER
PHARM

Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



2 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



132,00

سوطيما
othema



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

Novex
Énoxaparine sodique

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوءات مسبقا



4000 و.د. anti-Xa تعادل 40 ملغ
محلول قابل للحقن

سو Thema
othema



نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200580 1

EXP 02 2022

PPV 347.00 DH

Novex
4000 UI anti-Xa/0.4 ml
6 seringues pré-remplies



6 118000 021902



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

Novex
Énoxaparine sodique

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوءات مسبقا



4000 و.د. anti-Xa تعادل 40 ملغ
محلول قابل للحقن

سو Thema
othema



نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200580 1

EXP 02 2022

PPV 347.00 DH

Novex
4000 UI anti-Xa/0.4 ml
6 seringues pré-remplies



6 118000 021902



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

Novex
Énoxaparine sodique

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوءات مسبقا



4000 و.د. anti-Xa تعادل 40 ملغ
محلول قابل للحقن

سو Thema
othema



نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 200580 1

EXP 02 2022

PPV 347.00 DH

Novex
4000 UI anti-Xa/0.4 ml
6 seringues pré-remplies



6 118000 021902