

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.

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°D: N° P19- 059225
34894

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M106 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : EL BACHAOUNI ZACHRI
Date de naissance : 26-05-1986
Adresse : 15 Boulevard 3 N° 40 3ème étage
La Gironde Casa
Tél. : 06-58-91-31-86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 20 JUL 2023 ACCUEIL]
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
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 : 27/07/2023 Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| SOINS ET PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | |
| | H | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| Date du devis | | | | | | | | | | | | | |
| Fin de | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | |
| VOLET ADHERENT | NOM: ELB JAOUANI | Mle 11406 | | | | | | | | | | | |
| DECLARATION N° | W16-089119 | | | | | | | | | | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | | | | | | | | | | | |

| MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Action Sociales de Royal Air Maroc | | W16-089119 | DATE DE DEPOT/...../201... |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle | |
| Nom & Prénom ELB JAOUANI RACHIA | | | |
| Fonction Resp. Financier | Phone 06.58.913186 | | |
| Mail elbjaoouani@royalairmaroc.ma | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient SABER | NAKONDI |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age |
| Nature de la maladie | | Date | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | Date 1ère visite | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| c | | 1 | 15000 |
| PHARMACIE | | Date 24/07/2020 | |
| Montant de la facture | | 214,80 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date 27/07/20 | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires 250,0000 | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| * AM | PC | IM | IV |
| | | | |

Lot: LF18888A
Per: 11/2021
PPV: 66 DH 00



• Diplômée en Echographie
de la Faculté de Montpellier (France)
Médecine Générale

9, Bd. Akid Allam - Hay Sadri
Casablanca (près de pharmacie Ben Saber)
Tél. Cab: 05 22 70 66 10

CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT
Présentation
Boîte de 20 comprimés
effervescent de
4,2 g/comprimés
Poids Net: 84 g
A consommer de préférence
avant fin:
Lot N°:
Voir ci-contre:

77,40 DH
Lot: 300420190
Per: 04-2022

ESNADHARH
Laboratoire

السدرى
دار البيضاء
052

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
LOT: 20E002
PER: 01/2022
P.P.V: 37DH10
118000 011255

34,40



NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol

20 comprimés orodispersibles

Casablanca, le 27 JUL 2020 دار البيضاء، في

Saber
Hoccece

34,40

11 Nealgy 80
18 x 37 j

77,40

21 Nealgy 80

86,00

3 Nealgy 80

37,10

214,90

Peri Vaso
4 Nealgy 80

PH. AL KORAMA
Dr. KOUNKOUR Nadia
Andalous IV Angle Rue Margaux
et Carbone - CASABLANCA
Tel: 022.82.88.80

Docteur Erradi Jalil Zohra

• Diplômée en Gynécologie médicale
de la Faculté de Strasbourg (France)

• Diplômée en Echographie
de la Faculté de Montpellier (France)

• Médecine Générale

9, Bd. Akid Allam - Hay Sadri
Casablanca (près de pharmacie Ben Saber)
Tél. Cab: 05 22 70 66 10

الدكتورة الراضي جليل زوهرية

• حائزة على شهادة طب النساء
من جامعة ستراسبورغ (فرنسا)
• حائزة على شهادة التصوير بالصدى
من جامعة مونتبولي (فرنسا)
الطب العام

9، شارع العقيد العلام - حي السدري
(قرب صيدلية بن صابر) الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 70 66 10

Casablanca, le في الدار البيضاء،

27 JUL 2024

Ben Saber
Hocine

Dosage de

BHCG

Docteur Erradi Jalil Zohra
Diplômée en Gynécologie médicale
9, Bd. Akid Allam - Hay Sadri
Casablanca

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE AL-RAZI
Hay Razi 2 Avenue des Auxiliaires
N° 58 - 60 - Casablanca

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE AL RAZI

Dr Meriem BAGHTOUL. Pharmacienne biologiste

RC: 423060 - PATENTE: 32756720 - IF: 14438207 - CNSS: 5517670 - ICE:001963895000079 -
INPE:093062651

CASABLANCA le: 27/07/2020

FACTURE N° 2049/2020

| | |
|----------------|----------------------------|
| Médecin | Docteur ERRADI JALIL ZOHRA |
| Nom du patient | MME SABER HANANE |
| Examens | - BHC |
| Cotation | B 250 |
| Montant | 250,00 DH |

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE AL RAZI
Hay Raja 2 Avenue Forces Auxiliaires
N° 58 - 60 - Casablanca