

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 - Tel : 05 22 21 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-493658

55255

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6127 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHORAIE Mina
 Date de naissance : 21/3/66
 Adresse : 28 DE ZORIKY C1 L
 CASABLANCA
 Tél. 0661 199696 Total des frais engagés : MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : 14 JAN 2021 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MASSJO C.I.L.
Dr. Sonia Aboumerouane
N°22, Lotissement du Sh...
Hay Essalam, C.I.L. - Casa
Tél : 0522 39 88 73

16/11/2020

93,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

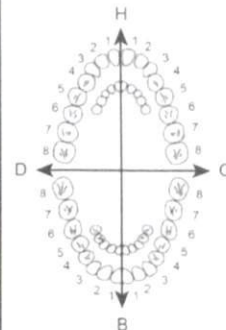
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

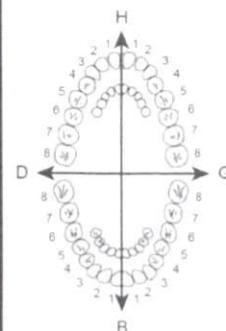
AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Pharmacie M

Sonia ABOUMAROUANI

0522398873

Casablanca



Facture N° 20

Date de vente :
Médecin traitant :

MME AMINA CHORAIFI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
AUGMENTIN ST 1G B12 SACHET	1	126,30	TVA (7.00%)	126,30



Total HT	118,04 DHS
TVA	8,26 DHS
Total	126,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent vingt-six DHS et trente centimes

Pharmacie MASJID C.I.L. - Casablanca

BOUMAROUANE

8873



Facture N° 20210109-900

Date de vente : 16/11/2020
Médecin traitant :

MME AMINA CHORAIFI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	TVA (7.00%)	14,00
AZIX CO 500MG B3 COMP SECA	1	79,70	TVA (7.00%)	79,70

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Aboumerouane
N°22 Lotissement du Stade
Hay Essalam - Casa
Tel : 0522 39 88 73

Total HT	87,57 DHS
TVA	6,13 DHS
Total	93,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-treize DHS et soixante-dix centimes

NE PAS LAISSER A L'APPORT DES ENFANTS.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



AZIX[®]
Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863



AZIX[®]
Azithromycine **500 mg**



3 Comprimés
sécables

bottu ^{s.a.}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18x45x97

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1941

Paracétamol
Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, courbatures, douleurs musculaires, douleurs articulaires, douleurs dentaires, douleurs menstruelles. Peut être prescrit par votre médecin dans les cas de douleurs.
et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans : lire attentivement la "posologie".

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION
Prendre les comprimés avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

Ne pas prendre de médicaments contenant du paracétamol en même temps que Doliprane.

ADULTE
10 Comprimés



bottu s.a.

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL

CEMCO