

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-009367

164200

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2078 Société : DAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HESSANE MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637973953 Total des frais engagés : 213,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/05/2023

Nom et prénom du malade : HESSANE MOHAMMED Age :

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

Nature de la maladie : Lombalgie

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 07/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'I
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
17-05-2025		9		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17-05-2025

213,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

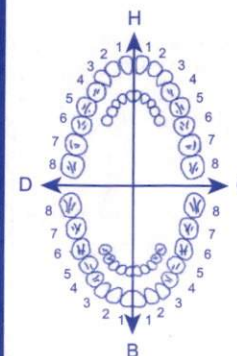
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

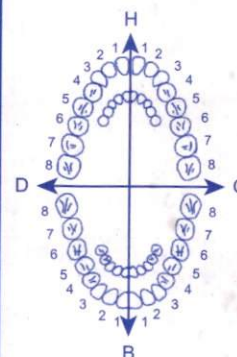
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

LOT 32011
PER 06/25
PPV 44DH10

44/20



Lot N°: PTC6000D
EXP.: 11/2023

PPV:141 DH-60

LOT: 200007
PER: 09/2027

NO-DOL CODEINE
CP 820

P.P.V: 200DH00



الدكتور نبيل همد

إختصاصي في علاج و جراحة أمراض الع
جراحة الفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca, le 17/05/2023

Mr HESSANE MOHAMMED

LIRAPYN GELULE 75 MG BOITE D'UN FLACON DE 30 GELULES

1 le soir après le repas pendant 30 jours

NO-DOL CODEINE COMPRIME 500 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

FENAC PROMOPHARM COMPRIME 50 MG BOITE DE 30

1 le matin, 1 le midi, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

صيدلية بئر أنزاران
Pharmacie Bir Anzarane
Docteur en Pharmacie
NASSIK Hassan
205 Bloc Communal Bouznika
Tél.: 05 37 74 35 33

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511 BD Al Qods Rés. Al Qods
Californie RDC App. Casablanca
Tel 0522 52 52 10 - Gsm 06 61 30 08 32
INPE 091037200

PROCHAIN RDV LE :

511, شارع القدس, إقامة حدائق القدس كاليفورنيا, الطابق السفلي, شقة رقم 1 (قبالة رونو داسيا) الدار البيضاء
511, Boulevard Al Qods, Résidence Jardins Al Qods Californie, RDC, Appartement N°1 (en face Renault Dacia)
Casablanca - Tél. : 0522 52 52 10 - GSM : 06 39 36 17 79 - E-mail : n.hattoma@gmail.com