

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° W21-787554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Annie / 64174
 Date de naissance : 05/11/1982
 Adresse : Ville n° 181 lot EL NANSOUR Nelsa
 Tél. : 06 76 14 35 92 Total des frais engagés : 486,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2023
 Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI YAHYA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Gastroentérologie
 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 : Tenez Le : 08/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-787554

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13186
 Nom de l'adhérent(e) : EL OUAHDANI
 Total des frais engagés : 486,30
 Date de dépôt : 08/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
04/03/23	C		250.00	INP : 101466679

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/3/2023	2363

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.

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال و الرضغ و حديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقبلة سابقا بمستشفى الاطفال بالرباط

INPE: 102012104
Tél: 06 37 61 06 62
Mag. N. 1. Al Wifak - Tamara
Projet Attadamoune, Imm. B1
DR. LADRHAM MOUNIA
HARMACIE ATTADAMOUNE

El Ouahdani Yahya

98.00

1 - Pediallist multivitamines

1 càc

2x1j

29.00

2 - Imqulyte

1 S +

x 2 sem.

60.00

3 - enteroger

30.80

4 - Trimed

1 càc

18.00

5 - Ipeca

3



Ne pas injecter
Do not inject
يجب عدم الحقن



3 582910 075455

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebââ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b10 5ml
P.P.V. : 60DH00



6 118001 081653

Ipeca

Trimedat[®] suspension buvable à 0.787%
Flacon 1250ml



6 118000 090960

Renverser Tourner Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MEDICAMENT HOMÉOPATHIQUE
EXP: 04/2025 LOT: E55485 Ain Sebââ, Casablanca
Ipeca 9ch



40C303 908169

عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارة.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khattib

06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. doct

6 - Vogaline

1 suppo

3 x 1j

1/4 h avant repas

236.32

Dr. MORJANE Fadila
Pédiatre

Lol. Wilaf, N° 212 - 1^{er} Etage Apt. 3
Témara Tél.: 35 37 62 75 75

PHARMACIE ATTADAMOUNE
Dr. LADRHAM Mounia
Projet Attadamoune, Im. B1
Mag. N° 1, Al Wifak - Témara
Tél.: 05 37 61 06 62
INPE : 102012184

INEL



3 700225 600258



* 7 9 3 6 7 1 0 *

107572
07/2025

SINIFER

PEDIAKID 21 VITAMINES & OLIGO-
ELEMENTS

PVC : 98,00 DHS

Complément alimentaire ce n'est pas un
médicament

N°20161305266DMP/20UCA/MAV2

RIMAPHARMA : 165, Bd Abdelmounen -
CASABLANCA