

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° W21-786718

174857

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAYO Aissa

Date de naissance : 03.04.76

Adresse :

Tél. : 066660878 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : Ait IKKOU Fatima Age : 27 ans

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

Nature de la maladie : Suivi de grossesse

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 : Tinghir Le : 20/07/2023

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
20.07.23	Consultation		300.00 p.h.	INP : 1101223 1147

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saghro Dr. Mohamed V- Timgad Tel: 05 24 83 41 20 04 20 68 38 7	20.07.2023	209,00

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	

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 : <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

Dr. Rachid HAFIDI

Médecin Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Ex Officier Médecin à L'Hôpital Militaire
Mohamed V de Rabat



الدكتور رشيد حفيضي

طبيب أخصائي في أمراض النساء و التوليد
خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
ضابط طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

ORDONNANCE

Tinghir le :

10/7/2019

ART IKKOU

FERNES

50.00 X4.

T - olifen

10/7/2019

T = 200.00

Pharmacie Saghro
Dr. M. Bouhoub Adil
Av Mohamed V - Tinghir
Tel 05 24 83 41 20



📍 رقم 200 ، الطابق الأول ، شارع محمد الخامس أمام مختبر التحليلات الطبية تودغا دادس - تنغير

📍 N° 200 1^{er} étage , Avenue Mohamed V, en face du Laboratoire des Analyses Médicales Toudgha Dades, Tinghir

📞 05 24 83 39 77 / Urgences : 06 61 90 18 19 ✉ R_hafidi@yahoo.com

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV: 50.00 DH

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV: 50.00 DH

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT 23021 PER 02/2026
PPV: 50.00 DH

Laboratoires Steripharma
Z.I. LINA, n° 347 - Sidi Maarouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

FOLIFER® 150 mg/500 µg
28 gélules à libération
prolongée



6 118000 280361

LOT: 22042
PER: 05/2024
PPV: 50,00 dh

Laboratoires Steripharma
Z.I. LINA, n° 347 - Sidi Maarouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable