

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° W19-460138

Coum

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10594 Société : RA7 181599

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDEERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 26 98 83 Total des frais engagés : 150 + 366,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. EL HAYLANI Age : 47

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casa Le : 07 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

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'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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

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

Dr Mostafa TACHFINE

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme Universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

حاصل على دبلوم لداء السكري

بجامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca le : 21 OCT 2023 الدار البيضاء في

M. KHAYLANI Abdelhakim

1. GLUCOMET 50/1000
390,00 x 3

2. X NOVORM 2mg (ou) GLYNORM 2m
153,40 x 3

3. 1.1.1 = 1.1.1
92,00 x 3

3. 1.1.1 = 1.1.1
3. 1.1.1 = 1.1.1

30,70 x 3
4. KANAMIC 75

18,70 x 4
5. ZILAM 30

19,00 x 3
6. BANQUETE ONCOLITIN
3 x 1, 1 x 3

3066,10

361 شارع ادريس الحارثي، قرية الجماعة - الدار البيضاء.

361, Bd Driss Elharti, C.J - Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87



Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd Driss El Harti C-D CASA
Tél: 05 22 38 69 87

Pharmacie El Marai
Dr Nejma Benmami
Bd Guir Errabii, Quatre
Tél: 05 22 38 69 87

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams.

Voir ORDONNANCE
ici

Glynorm® 2 mg
Boîte de 90 comprimés



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



18001 031092
5 MET® 50 mg/1000 mg
e 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



118001 031092
US MET® 50 mg/1000 mg
e 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Glynorm® 2 mg
Boîte de 90 comprimés

153,40

153,40

153,40

LOT : 23E006
PER : 03 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 23E006
PER : 03 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DMP/21NRQ
6 118000 022220

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DMP/21NRQ
6 118000 022220

LOT 230158
EXP 12 2024
PPV 92 00

LOT : 23E006
PER : 03 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

ZOLAM® 10 mg
30 comprimés
PROMOPHARM SA
6 118000 240969

ZOLAM® 10 mg
30 comprimés
PROMOPHARM SA
6 118000 240969

ZOLAM® 10 mg
30 comprimés
PROMOPHARM SA
6 118000 240969

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 70015 DMP/21NRQ
6 118000 022220

LOT 230158
EXP 12 2024
PPV 92 00

ZOLAM® 10 mg
30 comprimés
PROMOPHARM SA
6 118000 240969

120,70

120,70

120,70

120,70