

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
M23-002621

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZIZ AB delkader
 Date de naissance : 18/05/77
 Adresse : 066160
 Tél. : 066160 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 03/11/2023
 Nom et prénom du malade : AZIZ AB delkader
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Asthme
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
03/11/2023			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2023	1051,20

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

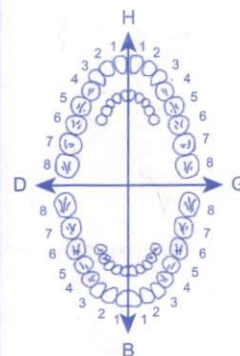
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



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 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

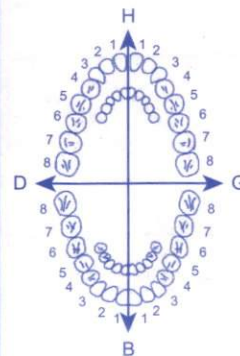
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr ZOURGANNE Fatima

الدكتور زركان فالحة

-MÉDECINE GÉNÉRALE

Certificat de Planification Familiale
(DIU)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji
Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة

(تركيب اللولب)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز

الصحي ابن طفيل

طبيبة معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345, شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Casablanca, le

A272 Abou El Kader

03/11/2023

64,10

Axiomycal 1p

4p Disp

4p upas

75,00

ovesthine pelu

1 gelule Resorvathin

109,00

114,00 x 2

Java bonu

10 pmm Leduak

49,60 x 2

Prune Forte 12

10 pmm 1 x 5

102,00 x 3

ulcer zone (36 dec)

LOT: 238001
P.M.: 06/2025
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V.: 45DH40
118000 010494

45,40

1 gelule eye
6/ Duphalac

58,00

1 cas de l'opel
7/ Arnica gel

21,50

8/ l'acetyl
crempeuse

45,00

9/ spandha

1051,20

COOPER PHARMA
PPC: 75,00 DH

AULCER 20 mg

LOT: 22202
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH

ARNICA GEL
LOT: DST22
EXP: 05/2025
PPC: 68.00DH

AXIMYCINE

PPV 64DH10

AXIMYCINE 1g
14 comprimés dispersibles

LOT: 22000
EXP: 02/2026
118000 031161

22462 1025
LOT PER
Prix 114,00

AULCER 20 mg

LOT: 22124
PER: 03/2025
PPV: 102,00 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 23800
EXP: 02/2026
118001 031161

PPV: 49,60 DH
LOT: 23809
EXP: 02/2026
118001 031161

22051 0125
LOT PER
Prix 109,00

22462 1025
LOT PER
Prix 114,00

LOT: 22202
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH

6118001220038