

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-706616

195509

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDELKARIM EL FILALI SAMIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : BOUSSRA 11 Inauguration

Tél. : 066965563 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 10-1 Rue3 Addai Alladi UnCheck-Casa-022-50.76.9	17/02/24	1.682,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

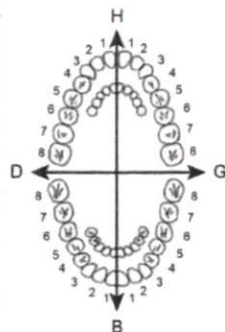
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 0000000 0000000 D ————— G 0000000 0000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date 17/02/24

CLIENT: BEN ABDEL KAIM
EL FILALI SAMIR

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida
UnChock-Cas-022-50.75.19

PRODUITS	QUANTITES	Prix unitaire TCC	Montant TCC
APIDRA 100 µm	14	98,40	1377,60
LANTUS	2	152,50	305
TOTAL			1682,60

Arrête la présente facture à la somme de:

vingt deux Mille six cent quatre Dinahms et soixante centimes.

~~PHARMACE ADDIAR~~
16-1 Rue3 Addiar AlJadida
AlnCheck-Corr-022-50.75.14

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Soyez très prudent

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc



6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc



6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081622

P.P.V : 98,40 DH

Apidra 100U/ml inj b1 sty

Ain Sebaa Casablanca

Route de Rabat - R.P.1

Sanofi-aventis Maroc