

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

- Reclamation : 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 Alail Ben Abdellah - Borne 1 Stage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alail Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-514807

ND° = 17510

MSR
OCC

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8726 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FZAL AOUAL YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-514807

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	



W18-386843

DATE DE DEPOT

21/03/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 08726
Nom & Prénom FILALI AHMED YOUSSEF		
Fonction : CD	Phones 0661330729	
Mail filaligus@gmail.com		
MEDECIN Prénom du patient GHITA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age 12		Date 21/03/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
c	250	
PHARMACIE Date 25/1/19		
Montant de la facture 1233,80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. ZAOVAK Racem
Pneumo-allergologue
Liberté - Casablanca
Tél: 0661 77 70 26 - tél: 0522 44 52 84

PHARMACIE DES DALLAS
Dr. BOUHLAL BOUHLAL
492, Bis Bd. Panoramique
Montebellien - Tél: 0522 527 550

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. D'ALLERGOLOGIE
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق
اختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le : 51-1119 : الدار البيضاء في

Dr. Kacem ZAOUAK



2h

1h - 2h



1h



1h

صيدلية الدالياس
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL
492, Bis Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tél: 0522 527 560

ou offrez-vous de sur avis reman
Certifié par le Dr. Kacem ZAOUAK



Dr. Kacem ZAOUAK
Pneumo-allergologue
Liberté - Casablanca
Tél: 0522 44 52 84

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - Urgences : 05 22 44 52 84 : الهاتف

91 زنقة الحرية الطابق 4. الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء

91, Rue Liberté, 4 étage, appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étage - casablanca

E-mail : Zaouak@hotmail.com

123380

SYNTHEMEDIC22 rue scoubair bnou al souam roches
noires casablanca**SYMBICORT TURBUHALER**

2006 µg Pdes p un

Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V: 297,00 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue scoubair bnou al souam roches
noires casablanca**INEXIUM**10 mg Oran OR s avec buv
Boite de 28 en sachets-dose

66/16 DMP/21ANP P.P.V: 234,00 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue scoubair bnou al souam roches
noires casablanca**SYMBICORT TURBUHALER**

2006 µg Pdes p un

Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V: 297,00 DH



45,80

LOT: 0036M005
PER: 04/2020
PPV: 190,00 DHLOT 81849
EXP 08 20
PPV 170,00 DH