

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

- ☐ 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° M21- 0051178

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5223

Société : R AM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU DOU

Date de naissance : 3. 4. 1958

Adresse : Rue Abou Wakel a 12 Bourgogne

Tél. : 06779372

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABOUDON HATAR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : inf. Respir.

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
9/08/2021			150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Boursoyeur	Date	Montant de la Facture
	9/08/2021	290.20 DH

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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Hilmy ABDELMAJID

Assermenté Auprès des Tribunaux
MEDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب محلف لدى المحاكم
الطب العام

ORDONNANCE

Casablanca, le 09/08/2021 الدار البيضاء في

Dr. HILMY Abdelmajid
158, Bd. El Mahdi Ben Barka
Casablanca
Tél: 05 22 20 87 58 - 06 61 20 13 34

Alajan Aboudou

24.80

1) Sep - 500 mg

1 cp x 2 / j



(جزء)

2) Vit C 1000 cp

1 cp x 2 / j

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUMEDI Nidia
34, Rue Ikhou Jehr - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

(جزء)

3) Zinc 15mg

52.40 1 cp / j



(جزء)

4) Smecta Sachet

59.00 x 2

1 Sachet x 2 / j

(التي)

5) Probiotics Sachet

1 Sachet / j



(التي)

Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h - Samedi de 09h00 à 12h30

158 Avenue Mehdi Ben Barka (Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58 - Gsm : 06 61 20 13 34 - Email : abdelhilmy1@yahoo.fr

158 شارع المهدي بن بركة (مقبرة سابقا) - بوركون - الدار البيضاء

u. Grel x 9

250.20 OH.

NO-SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V : 45DH00



سیپر و فلوکس

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine
10 comprimés pelliculés



80,03

LOT : 21E018
PER.: 01 2024

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40



١٠٠، بـ ٤، المأهلي بن بركة
 Casablanca
 22 20 87 58 / 6651 20 13

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION
Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION
-Porteur d'un cathéter veineux central.
-Allergie aux levures, spécialement à S. bou

CONDITIONS DE CONSERVATION
A température ne dépassant pas 25°C, cons

Ne pas dépasser la dose recommandée.
Garder hors portée des enfants.
A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS STICK / Autorisation ministère de la sante n° DA 2018 T805320 DMP/20UCAV1

Probiotis

Saccharomyces boulardii

Poudre Orosoluble

LOT: 210263
DLUO: 04/2024
59,60DH

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION
Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION
-Porteur d'un cathéter veineux central.
-Allergie aux levures, spécialement à S. bou

CONDITIONS DE CONSERVATION
A température ne dépassant pas 25°C, cons

Ne pas dépasser la dose recommandée.
Garder hors portée des enfants.
A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS STICK / Autorisation ministère de la sante n° DA 2018 T805320 DMP/20UCAV1

Probiotis

Saccharomyces boulardii

Poudre Orosoluble

LOT: 210263
DLUO: 04/2024
59,60DH

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca