

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° W21-663594

91219

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FERROU Abdelhak
 Date de naissance :
 Adresse : 8 Rue de Fes - Mohammadia
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade :
 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) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019



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 travaux
				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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis										
		Fin de										

Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes	

VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-340395			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom			
Fonction :	Phones		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient <i>Z. Z. Z. Z. Z.</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>720000 de l'année</i>			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>2</i>	<i>1</i>	<i>30000</i>

PHARMACIE	Date <i>25/10/2021</i>
Montant de la facture	<i>287,70</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE IBN YASSINE
A. BOUTALES Pharmacien
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60



Alprazolam 0,5 mg



CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



Dr Ahmed Farid MERINI

Psychiatre

Psychothérapie - Psychanalyse

pour Adultes, Enfants et Adolescents

CES de Psychiatrie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

D.E.A de Psychopathologie

Ancien Médecin Interne Titulaire

des Hôpitaux de Nice



الدكتور أحمد فريد لميريني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعقلية والتحليل النفسي للكبار والأطفال

خريج جامعة نيس بفرنسا

طبيب سابق ملحق

بمستشفيات نيس

Sur rendez-vous

بالموعد

Rabat, le : 25/04/2025 في الرباط.

PHARMACIE IBN YASSINE
A. BOUTALEB Pharmaciens
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60

Zerrou Absence.

8464

126.00 x 2

- ci joint va la mg. (SV)

12 g mot + 3 g

12 g mot + 2 mg

35.70

- Agyrag = 15 (SV)

14 g mot et 15

287.70 + 1 mg

- Puis 14 g et 15 + 15