

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

- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-663606

91224

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1036 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEMOU ABDELK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601049754 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUZAACHANE

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> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																			
			Fin d'exécution																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0010015		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
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		



P 14/0010015

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1796	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom Z ERROU Abdou			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
gouanthur fana S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Amel	3	200 M	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture	309,60		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	CACHET
AM	PC	IM	



 PPV : 60DH10

Epyca® 50 mg
 14 comprimés
 PROMOPHARM S.A.

 6 118001 260683

20042454/120716-1/3882

Arcoxia 120 mg
 7 comprimés
 P.P.V : 134,50 DH
 Distribué par MSD Maroc
 AMM 448/16DMP/21/NT0


 6 118001 160068



الدكتور الحكيم مصطفى

Docteur LAHKIM Mostafa

طبيب إختصاصي في جراحة العظام

spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et orthopédique Enfants et Adultes

Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rachis

Chirurgie de la main

جراحة العظام و المفاصل

جراحة العمود الفقري

جراحة اليد



Mohammedia, le :

04/11/2021

M. ZERROU,
BOUAYAD

CHADIA EPS ZERROU

134,00
Aroxiol SL 120 (Fu)

M. h. l. m. Ar-

117,00

Biofriz gel
eau

60,70

Epycor 10
M. r. m.

200,00

DR. MOSTAFA LAHKIM
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Enfants et Adultes
Rue de Doukkala
Mohammedia - Tél. : 0523 32 90 46

Avenue des FAR, 11 Rue Doukkala

Mohammedia (Kasbah)

0523 32 90 46

شارع الجيش الملكي 11 زقة دكالة

المحمدية (القصبية)

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

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