

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 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 - Tel : 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° W21-694864

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 106885

Nom & Prénom :

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) :

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 Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											

Montant des soins	Date du devis	Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-393499	
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



W18-393499

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle
Nom & Prénom	MESSAOUDI HALINA SAADIA
Fonction	Retraitée
Phones	0671829641
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 76
Nature de la maladie	Date 07.03.2022
	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	07/03/2022	C2	30000

PHARMACIE	Date
PHARMACIE WATO 153, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba)	07/3/22
Montant de la facture	587,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

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

Handwritten signature

Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE
**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen
(Immeuble RENAULT) Casablanca

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous



الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية
خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المومن
(عمارة رونو) - الدار البيضاء

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

بالموعد

Casablanca, le 07/03/2022 في الدار البيضاء

Mme MESSIAUD HALIMA STADIA

→ Régime pau sale

3x 120,00

→ TRAVEL 150mg le weekend

49,40

→ Amel 5mg le weekend

2x 89,00 2 ph

→ Diclofenac 75mg 2 ph

→ SIMVACOL 40mg 1 ph

587,40

49,40

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07

89,00

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000083
INPE: 091056705

00,68

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

60 Comprimés à Libération **M**odifiée



احرصوا على تناول الدواء

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة : لا تصرف إلا بوصفة طبية
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

501214c

120,00

ایتر و ایتر
ایتر و ایتر



501214c

120,00

ایتر و ایتر
ایتر و ایتر



501214c

120,00

ایتر و ایلر
ایتر و ایلر
©



ID: MESSAOUDI
MESSAOUDI, HALIMA SAADIA
FEMME 01/04/1946 (75 ANS) CAUCASIEN
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

PA = 140 mmHg / 75

07/03/2022 11:58
FC: 72
PR: 136
QRSd: 72
QT/QTc: 398/419
QTcB: 435
QTcF: 422
R v5-6 / S v1: 1.67/0.76
Sok-Lyon: 2.43
AXES: 21/32/62

bpm
ms
ms
ms
ms
ms
mV
mV
°

MA confirmé

*Dr. Hane Simad
ECG Normal*

Dr. EL KHAYANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, rue Hassan II
BOULEVARD EL ANASSER
91056705
Casablanca

