

# 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

- 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 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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0017563

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1827 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 **M22-0017563**

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 : .....

# 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

N° W21-672711

*Par courrier*

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		
Matricule : <b>1727</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>AMANE Ixhadija</b>		
Date de naissance : <b>1965</b>		
Adresse : <b>305, Cité Al Nasser, Casablanca</b>		
Tél. : <b>0661282917</b> Total des frais engagés : <b>#88319 #</b> Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

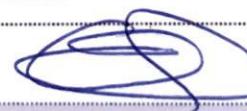
<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>الدكتورة نادية ملوكى</b>  <b>Dr. Nadia MELLOUKI</b>  - Médecin Généraliste -  N° 268 A Lot. El Wifad Bensergao  AGADIR - Tél : 05 22 20 45 45  INPE: 041181157 </div>	
Date de consultation :	<b>06/05/2022</b>
Nom et prénom du malade :	<b>AMANE Ixhadija</b>
Age :	<b>1965</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Contingent + Chagrasse</b>
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 : **AGADIR**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/10/2022**



<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	
N° W21-672711	
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 :	

## RELEVE 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
06/05/2022	C		Gratuite	INP : 041181157
07/05/2022	C		Gratuite	Signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACIE EXTENSION DAKHLA BLOC BOUDOUR N° 53 Ext. Dakhlia INP 04/2022/27555	06/05/2022	551,50
ARMERIA PHARMACIE EXTENSION DAKHLA INP 04/2022/27555	07/07/2022	332,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## VOLET ADHERENT

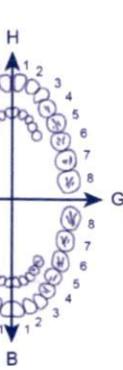
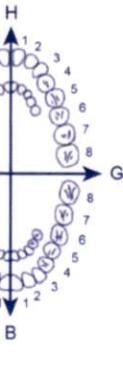
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G										
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
D	B										
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>						
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>											

Dr. Nadia MELLOUKI  
 Médecine générale  
 Diplôme en échographie  
 Diplôme Universitaire en gynécologie,  
 infertilité et suivi de grossesse  
 Femmes - Hommes - Enfants



الدكتورة نادية ملوكى  
 الطب العام  
 دبلوم الفحص بالصدى  
 دبلوم جامعى لأمراض النساء  
 والعقم ومراثيق الحمل  
 نساء-رجال-اطفال

PHARMACIE EXTENSION DAKHLA

Blc Boujdour N° 53 Ext. Dakhla

Agadir. Tel: 05 28 24 88

INPI 04/2024

Ordonnance

Nom et Prénom

06/05/2022

ANANE

Khadidja

133,60 X 3

0

Dimentor 600

50

110g x 21 j

Rdt 03 - للهـ

14,50

0

Héfazat (80g) 50

50

45,40 X 3

3

Duphalac 50g

50

551,50

1

cell x 3 j

50

50

Dr. Nadia MELLOUKI  
 - Médecin Généraliste  
 N° 268 A Lot. El Wifaq Bensergao  
 AGADIR - Tel: 05 28 28 24 88  
 INPE: 041181157

الدكتورة نادية ملوكى  
 Dr. Nadia MELLOUKI  
 - Médecin Généraliste  
 N° 268 A Lot. El Wifaq Bensergao  
 AGADIR - Tel: 05 28 28 24 88  
 INPE: 041181157

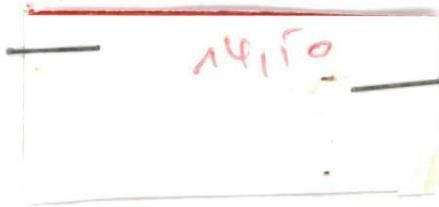
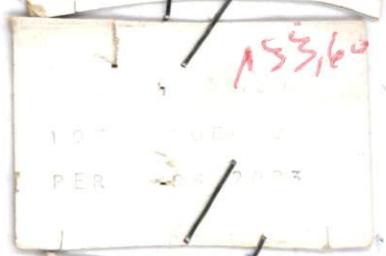
رقم 268 - الوفاق - بنسركاو - أكادير AGADIR - N° 268 A, Lot Elwifaq - Bensergao

الهاتف: 05 28 28 24 88 - Tel: 05 28 28 24 88 - GSM: 07 66 95 41 85

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
LOT : 20E013  
PER. 01 2023  
6 118000 010494

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
LOT : 21E005  
PER. 11 2023  
6 118000 010494

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
LOT : 21E009  
PER. 04 2024  
6 118000 010494



Dr. Nadia MELLOUKI

Médecine générale

Diplôme en échographie

Diplôme Universitaire en gynécologie,  
infertilité et suivi de grossesse

Femmes - Hommes - Enfants

PHARMACIE EXTENSION DAÏHLA

Bloc Boujdour N° 53 Ext Daïhla  
Anadir. Tel: 05 28 24 45

IMP: 04/2022



الدكتورة نادية ملوكى

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم جامعي لأمراض النساء

والعمق ومراقبة الحمل

نساء-رجال-أطفال

## Ordonnance

Agadir, le

07/10/2022

Nom et Prénom

ANANE Khadija

N° 268 A Lot. El Wifaq Bensergao  
AGADIR - Tel : 05 28 24 45  
INPE: 041181157

SW

80,00 x 2

Débitidot 200

73,50

Follos (doct)

0

15 x 2 l

Pdt

44,90

Spostoprin 200

27,00 x 2

14 x 3 l

0

Al - nifat 400

332,40

الدكتورة نادية ملوكى  
Dr. Nadia MELLOUKI  
- Médecin Généraliste -  
N° 268 A Lot. El Wifaq Bensergao  
AGADIR - Tel : 05 28 24 45  
INPE: 041181157

SW

رقم 268 ا - الوفاق - بنسركاو - أكادير - AGADIR

الهاتف: 05 28 28 24 45 - Tel: 05 66 95 41 85 - GSM: 07 66 95 41 85

maphar

Boulevard Alakria n°8  
Quartier industriel Sid Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73.50 DH



6118001181193

LOT : U08531  
Exp : 04/2024

UT. AV. : 1 2 8 0 0 0  
P.P.V

LOT N° : 1 2 8 5 1 7 2

UT. AV. : 0 6 7 4 8 0 0 0  
P.P.V

LOT N° : F E 4 2 8 5

27,00

UT. AV. : 0 6 7 4 0 0 0 0  
P.P.V : 0 0 0 0  
LOT N° : 1 2 8 5 1 7 2

27,00

P.P.V : 44DH90  
PER : 02/24  
LOT : K326