

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0053945

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AZIZ 6064 Société : RAF
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZIZ ABDELAZIZ
 Date de naissance : 15.01.1959
 Adresse : 7, lot du Parc, Rés. Yasmine
Mohammed
 Tél. : 0661201223 Total des frais engagés : 456,2 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 66 73

Date de consultation : 07/12/22
 Nom et prénom du malade : AZIZ ABDELAZIZ Age : 63

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : ACCUEIL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : LIBOZACANE

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 : Casablanca Le : 07/12/22

Signature de l'adhérent(e) : AZIZ ABDELAZIZ

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
07/12/22	C		1504	Dr. BERDJI Fouad OMNIPRATICIEN 686, Bd EL Fida Hay Amal 1 Casablanca Tél/Fax : 05 22 28 66 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/22	4567

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 :

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTE
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE
DES EXPERTS ASSERMENTES

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1
Tél / Fax : 05 22 28 66 13
Casablanca 20550

الدكتور الحاج فؤاد البردعي

خبير محلف لدى المحاكم

مصاصات:

المحلفين

حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

Casablanca, le : 07 0 12 27 في الدار البيضاء

215 EUPHON

1000x 30

475 Daren

24

205 IAM 5mg

287x2 1 up/ au co

287x 500

4000 Puanu 20 30/12

PPV :
EXP :
Lot N°:

Lot n° :
EXP :
PPV

PPV 79DH70
PER 06/25
LOT L2208

PPV 79DH70
PER 06/25
LOT L2208

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PPV 40,00

Dr. BEF
OMN
686, Bd EL
Tél/Fax

Amal spray



89,5

2 x 361

Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 66 13

lunette

68,5

DECIVER



1 car 361

Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 66 13

8 032578 479676

LOT 220597
2025/07
PPC : 89,50 DH

456,2

LOT : 220470
DLUO : 06/2025
69,00DH

