

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 (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- 0024251

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0002930 Société : 142318
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOPCHTAH MOHAMED
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661963568 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 14/12/2022
 Nom et prénom du malade : Lam Haf Touna Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Orthopédie
 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) :

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
14/12/2022		C2	150 DH	Dr LAHRACH Safaa Médecin Généraliste Hay Adil, Rue 26 - N°14 - Hay Mohammadi Tél: 05 22 69 05 17

INPE:092055136

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TANA N° 18 Bloc 22 Hay Lamiaa Hay Mohammadi Casablanca Tél: 05 22 62 92 92 - Patente: 31990344 Dr. BARKALLIL Anass	14/12/22	576,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

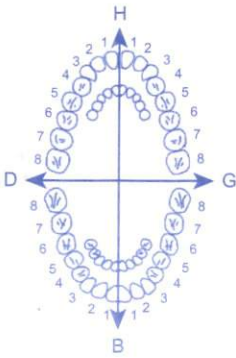
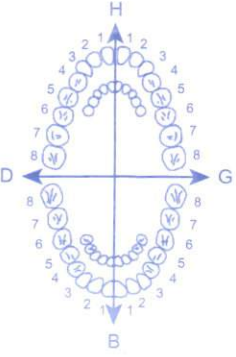
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Dr Safaa LAHRACH

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca
Ex-Médecin Interne à l'Hôpital
Ben Msik Sidi Othmane



الدكتورة صفاء لجرش

خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى
أبن امسيك سيدي عثمان

Omnipraticien
Médecin de Travail

طب الأسرة
طب الشغل

Casablanca, le : 14/12/2022

Pharmacie TAHA
N° 18 Bloc 22 Hay Lamiaa
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 0522 62 92 92 - Patente: 31990844
Dr. BARKALLIL Anass
INPE: 092055136

76.60 Lam Raf Tounia
n52.00

S.V.

Avix B 90mg
38.5082

20 pelt

Ry dnd 20
Lampoul d'Zunen
pelt 1 series

S.V.

94.0000
Lampoul series

S.V.

Muzd affla 15a
136.50

S.V.

Alupe 25
1as
pelt 1m5

576.00
14/12/22
16
n°3333

حي عادل - زنقة 26 - رقم 14 - الطابق الحفلي - الحي المحمدي (شمارع القوارات قرب سينما المسيرة) - الدار البيضاء
Hay Adil - Rue 26 - N° 14 - Rdc - Hay Mohammadi (Bd Fouarat près de Cinéma Massira) - Casablanca
Tél.: 05 22 600 517 - E-mail : dr.lahrach1@gmail.com

GTIN: 06118001260850
LOT: 3972
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 940hs00



MYDOFLEX® 150 mg

Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



LOT : 221185

EXP : 09/2025

PPV : 76,60DH

ARIXIB® 90 mg

7 comprimés



6 118000 083313

LOT : 221186

EXP : 09/2025

PPV : 152,00DH

ARIXIB® 90 mg

14 comprimés



6 118000 083320

hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 06/2025

LOT 1N002 7

hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 05/2025

LOT 1N002 5

hydroxo 5000

4 Ampoules injectables



6 118000 032182

hydroxo 5000

4 Ampoules injectables



6 118000 032182