

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044193

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEB MOHAMED

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : 27 Passage 6 TISSINT BEARECHID

Tél. : 6660837318 Total des frais engagés : 810,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : DEBBARH Chadia Age :

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

Nature de la maladie : Dents

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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
20/01/2023	C5		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALABAC 1.3.5 Rue H's Abou Mad - BERRECHID Tél: 05 22 33 64 01	20/01/23	Pharmacie ALABAC 1.3.5 Rue H's Abou Mad - BERRECHID Tél: 05 22 33 64 01 710,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

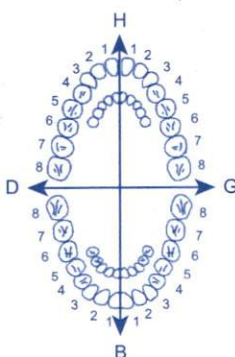
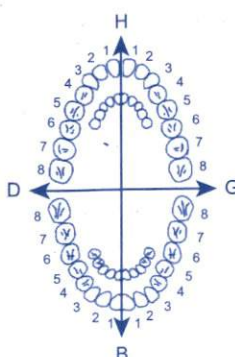
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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. Meryem ELHARTI

ANCIEN MÉDECIN INTERNE AU CHU
IBN ROCHD - CASABLANCA

DIPLÔME UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
DIABÉTOLOGIE
H.T.A ET E.C.G

MÉDECINE GÉNÉRELE - BILAN SANTÉ
HOMMES - FEMMES - ENFANTS

CUPPING THÉRAPIE



الدكتورة مريم الحارثي

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي
ابن رشد - الدار البيضاء

حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
(الفحص بالتلفاز) : للكبار والنطفال

طب النساء - تتبع الحمل - الفحص بالصدى للحوامل
المساعدة الطبية على الإنجاب
مرض السكري

قياس ضغط القلب والتخطيط الكهربائي للقلب
الطب العام - التقييم الصحي
الرجال - النساء - النطفال

الحجامة الطبية

ORDONNANCE

برشيد في : 20 JAN. 2023

60,00 x 5 CHATA ROBOBARA
1 Feupla 21p (S.V.)
47,40 x 4 2 Glucovance 31p (S.V.)
80,00 3 710,30
49,60 x 21 4 21p (S.V.)
41,50 5 21p (S.V.)
6 21p (S.V.)

Pharmacie ALAFAC
- BEN ROCHD -
Tél: 05 22 33 64 01

Dr. Meryem ELHARTI
Médecine Générale
Diplôme d'échographie Générale
et Gynéco-obstétrique

761, شارع عبد الرحيم بوعبيد - حي التيسير 2 الطابق الأول (بجانب طاكسيات الدار البيضاء في طريق إعدادية ابن خلدون) - برشيد

الهاتف: 06 19 46 59 55 - medicinelharti@gmail.com

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Lot : 21065
EXP: 11-2023

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Lot : 22005
EXP: 01-2024

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Lot : 22001
EXP: 01-2024

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

YX0058
05/2022
04/2025

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



6 118001 121380

YX0009
09/2021
08/2024



6 118001 121380

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Y3867
09/2022
08/2025

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



6 118001 121380

LOT: 369
PER: JAN 2025
PPV: 80 DH 00

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

LOT : 220034
EXP : 01/2026
PPV : 41,50 DH



6 118001 121380

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

DUITS

Quantités