

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- 0025276

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885 Société : RAR
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MABROUKI ABDENNABI 147692
 Date de naissance : 04-03-1954
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 602.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/01/2023
 Nom et prénom du malade : MABROUKI ABDENNABI Age: 68
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie cardiaque
 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 : FES Le : 18/01/2023
 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
18/1/23	CS		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
18/1/23	22/80	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

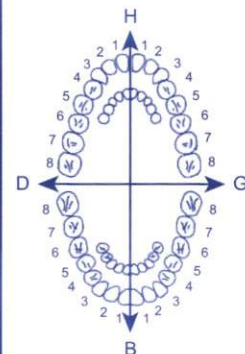
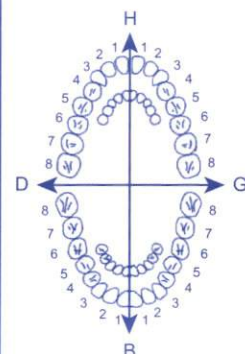
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 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. MERNISSI Mohammed

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Check up Cardiaque
Électrocardiogramme
Echographie Doppler Cardiaque
Echographie Doppler vasculaire
Echographie des Troncs Supra Aortiques
Holter ECG
Holter Tensionnel
Epreuve d'effort



الدكتور محمد المرنيسي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

الفحوصات الوقائية و التطوعية للقلب
النخطيط الكهربائي للقلب
فحص القلب و الشرايين بالموجات فوق الصوتية
نخطيط القلب على المدى الطويل
قياس ضغط الدم على المدى الطويل
اختبار الجهد

Fès, le : 18/01/2023

Mr MABROUKI ABDENNBI

KARDEGIC 160 MG

1 sachet/j au milieu du déjeuner

LANPROL 30

1GEL /J MATIN

(- Traitement de 3 mois -)



Code INPEAK
141193698



Fix : 05 35 96 02 20 - Urgence : 06 66 18 64 21 - E-mail : drmernissicardio@gmail.com

رقم 14 الطابق الأول مكاتب المدينة 3، زنقة أصيلة شارع الجيش الملكي الأطلس (قرب محطة البنزين طوطال و بريكوسمارت) - فاس المغرب

N° 14, 1^{er} Etage, Bureaux Al Madina 3, Rue Assilah, Av. des FAR, Atlas (A côté station TOTAL et Brico Smart) - Fès - MAROC

Dr. MERNISSI Mohammed

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Check up Cardiaque
Électrocardiogramme
Echographie Doppler Cardiaque
Echographie Doppler vasculaire
Echographie des Troncs Supra Aortiques
Holter ECG
Holter Tensionnel
Epreuve d'effort



الدكتور محمد المرنيسي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

الفحوصات الوقائية و التطوعية للقلب
التخطيط الكهربائي للقلب
فحص القلب و الشرايين بالموجات فوق الصوتية
تخطيط القلب على المدى الطويل
قياس ضغط الدم على المدى الطويل
اختبار الجهد

FES LE : 18/01/2023

Client : Mr MABROUKI ABDENNBI

Code INPE
141193698

Note d'honoraire

Désignation	Montant
CONSULTATION	300,00
Total Honoraires en MAD	300,00



Fix : 05 35 96 02 20 - Urgence : 06 66 18 64 21 - E-mail : drmernissicardio@gmail.com

رقم 14 الطابق الأول مكاتب المدينة 3, زنقة أصيلة شارع الجيش الملكي الأطلس (قرب محطة البنزين طوطال و بريكوسمارت) - فاس المغرب

N° 14 , 1^{er} Etage, Bureaux Al Madina 3 , Rue Assilah, Av. des FAR, Atlas (A côté station TOTAL et Brico Smart) - Fès - MAROC

لانسوبرول مع 30

لانسوبرول

LANPROL® 30 mg
28 gélules ○



6 118000 051039

28 برشامات
مقاومة للعصارة المعدية



LOT: 345
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00



معهد الصيدلة