

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- 0034995

151699

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 390944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/23

Nom et prénom du malade : N. A. R. S. AMIR Age:

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

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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
19/01/23		2	3000	

EXECUTION DES DONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE AL MADINA MONAÏRA
Dr. Aouatif HAMDOUN
Lot EA 257, Immeuble N°1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - 05 22 53 94 01

Montant de la Facture

3525,60

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

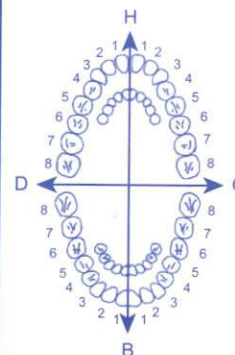
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

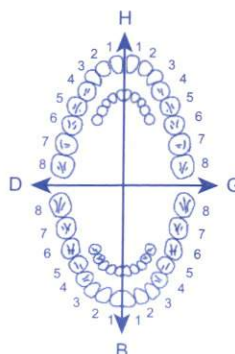
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du centre régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

المكتورة خديجة الشركاوي زهوانى

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد .
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le 19 - 1 - 23

M NOUARY Samira

4x24,40

PHARMACIE AL MADINA MONACO

Dr. Aouatif HAMDOUN

Lot EA 257, Immeuble N°1

Pôle Urbain de Nouaceur

2x43,50

+
35,00

Levothyrox 100 (S.V) gm

19/5

ADO Ag (S.V) gm

1/2 met
1/2 midi

2x2293,00

Victoza (S.V) gm

Pe So (S.V) gm

Vitaneur 1g 3x (S.V) gm

Du - Pe (S.V) gm

100, Résidence Ofok - Bd Oum Rabii - oulfa - Hay Hassani - Casablanca

Sur Rendez-vous

رقم 100 اقامة الأفق - شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 79 34 Tél.

3x22,80

2x46,70

224,00

67,80

Aspirine 100 (S.V) 4u

Zylenc 100 (S.V) 4m

Gin pag

1-4/5 146

fanulcan gelle (S.V)
A dove 2/5

Dr. Inadja CHARHOU ZAHOUAN
Spécialiste Endocrinologue
100, Résidence Al Otaq Bd. Oum Elsch
Oulha - Sines - Tél: 6552 94 79 42

T= 3525,60

PHARMACIE AL MADINA MONACOIRA
Dr. Aouatif HAANDOUN
Lot EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - Tél: 0522 53 94 01

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862180342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862180342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862180342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862180342

ADO® 1g,
Boîte de 90 comprimés pelliculés
6 118000 092469

ADO® 1g,
Boîte de 90 comprimés pelliculés
6 118000 092469

ADO® 1g,
Boîte de 90 comprimés pelliculés
6 118000 092452

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

2-5696-8

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

2-5696-8

6 118001 121403

6 118001 320103

Remboursable

6 118001 320103

Remboursable

6 118001 320103

Remboursable

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : ZZE001
PER: 02 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DM/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO
6 118000 022268

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DM/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO
6 118000 022268

3 525720 001481
01/21 - ETGIMA148

GINMAG B6 10 AMPOULES
PPC : 124.00
Lot : 21/570
Ut Av 12/2025
IPHADERM
Lot n° / Batch n° :
Autorisation Ministère de Santé
À consommer de préférence à

LOT : ZZE001
PER: 02 2025
TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML
P.P.V : 67DH80
6 118000 011552