

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.



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

Déclaration de Maladie **SN**

M22- 0043820

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09818

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Départ Négocié

Nom & Prénom :

KHALIL IBRAHIM

Date de naissance :

01.09.1975

Adresse :

15 Rue HANAN Toraoui, Etage 3

Appt 9 Casablanca

Tél. 0661291280

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
34 Rue SOKRATE RessABAH
Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 46

Cachet du médecin :

Date de consultation :

22/2/2023

Nom et prénom du malade :

Chita Khalil

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

thyr

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) :

Adresses Mails utiles

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

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
22-2-23	G		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/2/23	193,00

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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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] 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. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 22-2-23

Ghita Khulil

18.00

- Serum physiologique (nez et yeux)
aut repas

28.40

- Apivethil. 10.5 / 6h

> 38°5

26.40

S. BELHABIB

Dr. en Pharmacie

22, Rue Lamenais France - Ville II

Tel : 05.22.98.03.46 - CASABLANCA

79.50

Collyre

4h

- Apixet 10.5

40.70

1c. avec un ch

* Axinyne 250

3h

193.00

Dr. en Pharmacie

22, Rue Lamenais France - Ville II

Tel : 05.22.98.03.46 - CASABLANCA

LOT 230220
EXP 12 2025
PPV 26 40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول 1 (لائحة 1) - ينصرف بموجب وصفة طبية



Dr. EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant
Maarif - Casablanca
Tel : 05.22.98.03.46

54. Rue Socrate Rés. SABAH (1er étage) Maârif - Casa - البيضاء - الماريف (الطابق الأول) إقامة صباح (الطابق الأول) للمعاريف - البيضاء - Casa - Maârif - 54

Tel C. 05.22.98.03.46 : الهاتف

PHYSIOLOGICA®

Sérum physiologique

Lavage *nasal* et *ophtalmique*



3401320612403

10 / 2025

U10023



PPV 40DH70 LOT 26010 2
EXP 09/2025

AXIMYCINE®
250 mg / 5 ml

Sans Sucre

Poudre pour 100 ml de suspension buvable

28,40



8 032578 479263

Lot:	220619
À consommer avant le:	08/2025
PPC:	79,50 DH