

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0057629

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : Ram  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL AZRAK ABDILKADIM  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : 14, R. ATHEVE EMARS CASE  
 Tél. : 0662343962 Total des frais engagés : 1315 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16. FEV. 2023  
 Nom et prénom du malade : EL AZRAK Abdelkader Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète - Hypothyroïdie  
 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 : 27 MAR 2023 Le : 27/03/2023  
 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
16 FEV 2023	Vieillesse	250		Dr. EL AZERAK Abdelilah MANIPULATEUR - ECHOGRAFIE DIABETE - NUTRITION - E. C. G M. B. Ali Yaka Dar Essalama H.M Tel: 0522 61 12 61 - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

16/02/23 1115.80

# 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

21.02.23

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

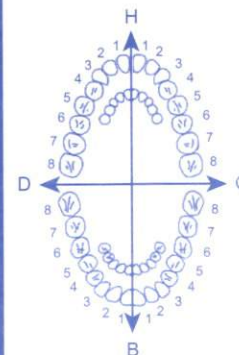
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

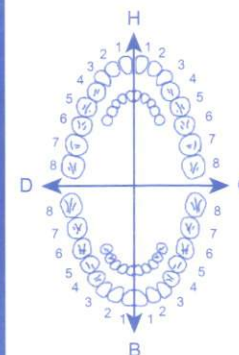
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Abdelilah EL AZRAK

الدكتور عبد الإله الأزرق

OMNIPRATICIEN

Lauréat de l'Université Hassan II F.M.P. Casablanca

خريج جامعة الحسن الثاني كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

Diplômé de l'Université de Montpellier / France

دبلوم جامعة مونتبليي 1 فرنسا

DIABÉTOLOGIE

أمراض السكري

ECHOGRAPHIE CLINIQUE

الفحص بالصدى

E.C.G.

تخطيط القلب

Diplômé de l'Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

دبلوم جامعة سيدي محمد بن عبد الله فاس

NUTRITION - DIETETIQUE MEDICALE

التغذية والحمية الطبية

Membre de la Société Francophone de Diabétologie

عضو الجمعية الفرنكوفونية للسكري

Casablanca, le : 16.FEV.2023 في : الدار البيضاء،

EL AZRAK ABDEL KARI M

28,00x12-

Churphage 1000

24,40x12- 2a 1000

Levothyrox 100

6,80x18- 100

Levothyrox 100

20,00x12- 100

شارع علي يعقته دار السلامة حي الشعبي - الحي المحمدي رقم 4 - الهاتف : 05 22 61 12 61

Bd. Ali Yata Dar Essalama - Châabi - Hay Mohammadi N° 4 - Tél. : 05 22 61 12 61





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

7862160342



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

7862160342



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

7862160342

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH



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

7862160342

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

51030342



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

51030342



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221510, solo b3 st  
P.P.V.: 579,00 DH



6 118001 082223

# ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2301217

EL AZRAK ABDELKRIM

CHQ2929196BMCI

Date	CLIENT	PAGE
24/02/23	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
CHQ2929196BMCI	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
GS300	2	BANDELETTE BIONIME 25 TEST	20%	60,00	120,00
G135.102	2	BANDELETTE ON CALL VIVID B/50	20%	150,00	300,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI  
Agence 20 Août  
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun  
et Rue de la Place - Casablanca  
Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
350,00	20%	70,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
350,00	70,00	420,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
420,00

DHs

ORLIMEDIS NEGOCE au Capital de 100 000 DH-Siège 22 Bis, Rue Lahcen El Arjoun, Casablanca  
Tél : 05 22 20 39 39- 05 22 20 65 65- 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09- Email : contactorlimedisnegoce.com  
RC : 383759- C.N.S.S : 5643128-Taxe Professionnelle : 36339321-I.F : 24849341-ICE : 001928097000020  
RIB : CREDIT AGRICOLE -225 780 067 700 787 651 010 288-