

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
M23-003219

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8.00.202 Société : Esc / Rabat 155185
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HADJAJ H. BAREK
 Date de naissance : 1925
 Adresse : secteur 4 B Rue EL AZHAR N° 247 Fez
 Tél : 06.64.59.14.33 Total des frais engagés : 1663,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : salé Le : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : EL

Autorisation CNDP N° : AA-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/03/23

1663,80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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 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



pharmacie la mamora
salé tabriquet

FACTURE n: 76

Mr EL HADDAD MBAREK

صيدلية العمورة
PHARMACIE LA MAMORA
Dr. Zakaria BENTAHAR
Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13
Salé, Tabriquet-Tél.: 0537 85 40 87

Référence	Désignation	Quantité	Prix U	Montant
	- FLUOXET 20 MG , Gélule Boîte de 30	03	180.00	540.00
	- LAROXYL 40 MG / ML, Solution buvable en gouttes	03	39.80	119.40
	- MEDIZAPIN 5 MG, Comprimé Boîte de 30	06	167.40	1004.40
Total HT				
Total TTC				1663.80
Net à payer (Dirham)				1663.80

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE SIX CENT SOIXANTE TROIS DIRHAMS ET
80 CENTIMES

Bon pour accord le :

Signature

صيدلية العمورة
PHARMACIE LA MAMORA
Dr. Zakaria BENTAHAR
Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13
Salé, Tabriquet-Tél.: 0537 85 40 87

adresse 4 IMM ATA ALLAH N 13 SALE TABRIQUET TEL :0537854087 / R.C :47158 / PATENTE :N 29000457 / IF : 2
ICE: 002107577000083 / BANQUE POPULAIRE-AGENCE AEBIBAT RABAT -RIB :181810212116626436001621/ E-M
bentahar.zakariaa@gmail.com

PPV:39DH80
PER: 07/25
LOT: L2653

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407
PPV:39DH80
PER: 09/25
LOT: L2655

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407
PPV:39DH80
ER: 09/25
LOT: L2832

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

