

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

- Reclamation : 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

2437
Déclaration de Maladie

M22- 0057464

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : 165051

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN DAUD EL BEKKAI

Date de naissance : 21-7-1958

Adresse : RUE 562 NO 1 TERRAST

INE 25400

Tél. : 0666121880 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09-05-2023

Nom et prénom du malade : BEN DAUD EL BEKKAI Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 Soins
09/05/2023	CS		200,-	
12.05.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
	09/05/23	288,70
	12/05/23	132,40

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

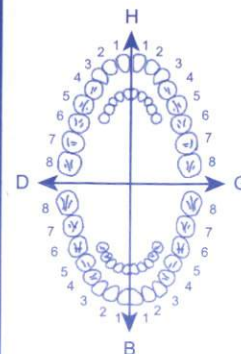
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

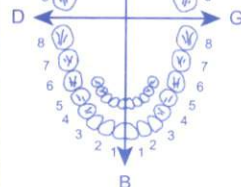
FIN D'EXECUTION

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



ORDONNANCE

Casablanca le 12/05/2023

NOM : BENDAOUD

PRENOM : EL BARKA

- 24.60
- 1°) FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

- 33.00
- 2°) SPECTRUM (collyre)
1 goutte x3j pdt 15 jours

- 44.80
- 3°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours

Pharmacie TAJ
Dr. Souad TAJ
Av. Mly Ali Cherif N° 325 Masdoura
INEZGANE - Tél. 05 22 33 42 47

132.40

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHBI Mohammedi
Ophtalmologue
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21





ORDONNANCE

Casablanca le 29/05/2023

M. BENDMOUD EL BEKKA

No. 70

Doreimo

9:00 21:00

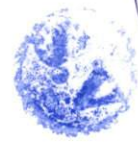
1 2 3 4 5



178.00

Castichom

1 2 3 4 5



صيدلية تاج
Pharmacie TAJ
Dr. SOLIM TAJ
Av. Miy Ali Cherif No 325 Kasboursa
INEZGANE - Tél.: 05 28 33 42 42

288.70

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste

544, Bd. panoramique, Californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



Spectrum® 500_{mg}
Ciprofloxacine 10 Comprimés



6 118000 081450

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml
Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

Cationorm®
Multi
Emulsion
Ophtalmique

PPC 178,00 DH

LOT: R030480
PER: 07-2025
PPV: 33,00DH

L'opacifiant a servi de marque "Chargure de benzalkonium"

SPECTRUM 0,3% Collyre
En Flacon de 5 ml



6 118001 101641

Lire attentivement la notice avant utilisation de ce médicament

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT: H8231
FAB/ تاريخ الصنع: 02-2022
EXP/ تاريخ الانتهاء: 01-2024



3118001270118 PPV : 24,90 DHS

74,80