

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

- 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

Declaration de Maladie

N° W21-766181

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2409 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELABSSI JALAL
 Date de naissance : 25/04/1973
 Adresse : 19 Rue la fontaine Racine, CASA
 Tél. : 06 41165008 Total des frais engagés : 2414,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2023
 Nom et prénom du malade : ELABSSI JALAL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anémie de l'adulte chronique
 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
16/05/23	S	6	1400	INP : 0902487
16/05/23	Selle			
	per			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdouh Ben Kaddour Tel : 999 70 51 98	16.05.23	214,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/23	cel. g. h.	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

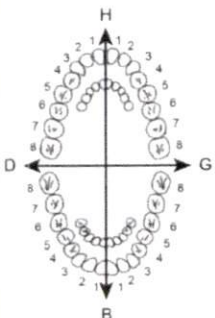
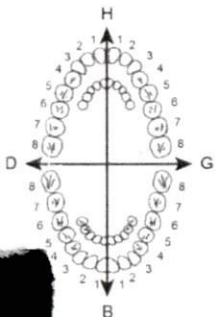
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/05/23		Selle ar			300
			red			

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	INP : <input type="text"/>													
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>															

T CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 16/05/13

Dr. El Atti Mohamed

152,00

Arixib 90 mg : 1 boîte

1 cp par jour après repas



10,00

Andol 500 : 1 boîte

1 cp x 3 / jour



52,80

OEDES 20 mg : 1 boîte de 14

1 gélule / jour



214,80

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 022.22.54.28

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou

LOT 220197
EXP 09/2024
PPV 52.80DH

OEDDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

14 x 

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	

Matin / Après



COOPER
PHARMA

LOT : 221653
EXP : 12/2025
PPV : 76,60DH

90 ملغ
عن طريق الفم



7 x 1

أقراص مغلفة

مدة ١٢ صباح ١٢ زوال ١٢ مساء

أريكسيب
إيتوريكوكسيب

COOPER
PHARMA

ARIXIB® 90 mg
7 comprimés



6 118000 083313

LOT : 221378
EXP : 10/2025
PPV : 10,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

ANDOL 500 mg ○

20 Comprimés



6 118000 1002760

20x ○ قرصا



أندول[®]
باراسيتامول

للآلام و الحمى

500
مليغ
عن طريق الفم

COOPER
PHARMA



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 16/05/2023

Facture CZ 3423/23

Mr EL ABSSI JALAL

Consultation	Gratuite
Echographie	500 DH
Traitement orthopédique	
Par botte plâtrée	1400 DH
Semelle de marche	300 DH
TOTAL	2200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

Deux mille deux cent Dirhams



CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE- TRAUMATOLOGIE
Dr HEFTI Abderrazak

Nom : EL Agha

Prénom : JALAL

Date d'examen : 16/05/23

ECHOGRAPHIE DE LA CHEVILLE... suite :

❖ Indication : Bilan d'entorse externe

❖ Coupe réalisées :

- Coupe sur le ligament talo-fibulaire antérieur (faisceau antérieur du ligament collatéral latéral)
- Coupe sur le faisceau antérieur du ligament tibio-fibulaire inférieur
- Coupe sur le sinus du tarse
- Coupe sur le ligament externe de l'interligne de Chopart
- Coupe sur le ligament calcanéo-fibulaire
- Coupe des tendons fibulaires

❖ Résultat :

- LTFA : rompu
- Tendons fibulaires : en place
- Epanchement tibio-talien : MS cel

Dr. Abderrazak HEFTI
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni Angle Bd 9 Avril
& Bd Mohamed Abdou - Palmier