

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'H
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+007570

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

171340

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 992 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YOUSSEF Lalla Zahra / Mme Lalla Zahra
 Date de naissance : 1928
 Adresse : Hay Mre Rachid Tamerle 15 Esc : A N°3
 Casablanca
 Tél. : 0522727861 Total des frais engagés : 1720,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR ALAMI WADIA
Néphrologie - Hémodialyse
39, Rue de Vouziers Angle Bd. Emile Zola
Belvédère - Casablanca Maroc
Tél : 0522 40 41 73 / FAX : 0522 24 37 59
NIP : 091605819

Date de consultation : 24/07/2023
 Nom et prénom du malade : EL YOUSSEF Lalla Zahra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Néphropathie Hypertensive
 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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 9 / 8 / 2023

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
24/07/23		C	15024	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/07/23	15024 092012293

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

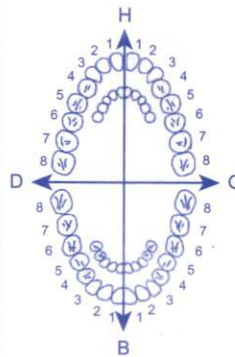
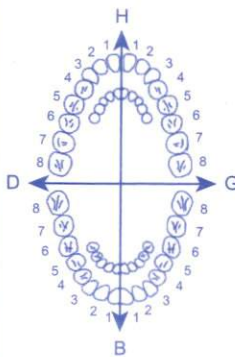
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Docteur ALAMI WADIA

MEDECIN SPECIALISTE

en Néphrologie - Hemodialyse

39, rue Abou Omar El Alaâ ex-Vouziers Angle

Bd. Emile Zola, 1er étage, Bélvédère 20300 - Casablanca

Tél.: 05 22 40 41 73 - Fax : 05 22 24 37 59

E-mail: wadialami@gmail.com



الدكتورة العلمي وديعة

إختصاصية في أمراض الكلى

وتصفية الدم بالكلية الإصطناعية

أبو عمر الألعى زنقة فوزي سابقا - شارع إميل زولا

الطابق الأول بلفيدبر 20300 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 40 41 73 - الفاكس : 05 22 24 37 59

Casablanca, le 24/07/2023



090000678

EL YOUSOUFI LALLA ZAHRA

KARDEGIC 75 MG 1SACHET / JR

CORDARONE 200 MG : 1/2CP / JR

ZYLORIC 100 MG : 1 CP / JR

LASILIX 40 MG : 1CP / 2JR

IRP HI 300MG : 1CP / JR

HYPERIUM 1 MG : 1 CP / JR

CRESTOR 10 MG : 1CP / JR

CARDIX 6.25 : 1 & 1/2 CP / JR

LOXEN LP 50 MG : 2CP / JR

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

Docteur ALAMI WADIA
Néphrologie - Hemodialyse
39, Rue Abou Omar El Alaâ ex-Vouziers Angle, Bd. Emile Zola
Bélvédère 20300 - Casablanca, Maroc
Tél.: 0522 40 41 73 - Fax : 05 22 24 37 59
INP: 0910058

PER: 10 2024

LOT: 23E001

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



PER: 10 2024

LOT: 23E001

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



PER: 10 2024

LOT: 23E001

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV: 176DH40

-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV: 176DH40

-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV: 176DH40

0033
33
6 "118001"130023
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV: 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca
Boite de 30 comprimés
PPV: 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca
PPV: 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

PER : MAI 2026
PPV : 160 DH 90

PER : MAI 2026
PPV : 160 DH 90

PER : MAI 2026
PPV : 160 DH 90

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 203
PER : AUT 2025
PPV : 41 DH 90

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 203
PER : AUT 2025
PPV : 41 DH 90

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 203
PER : AUT 2025
PPV : 41 DH 90