

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'Hc
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

M23-009935

171705

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5285 Société : SAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZIATI MELUO
 Date de naissance : 08-10-1957
 Adresse : LOT EL WAFI N° 284 BERRICH
 Tél. : 05 22 26 52 29 Total des frais engagés : 1643,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

MGHABBAR GHILLANE
SPECIALISTE
MEDECINE INTERNE
112, Rue Ibn Batouta - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 29
 Date de consultation : 10/08/2023
 Nom et prénom du malade : M. ZIATI MELUO Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traitements HTA + autres soins et
 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


Le : 15/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/08/2023		a	300M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-8-23	1363,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

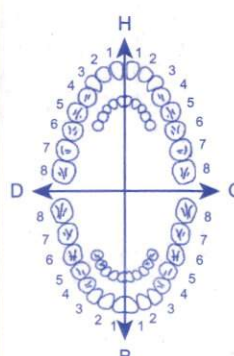
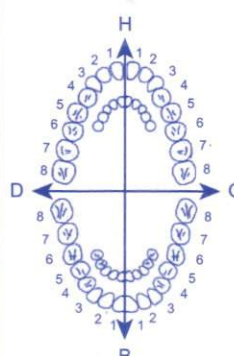
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. MGHABBAR Ghizlane

SPÉCIALISTE EN MEDECINE INTERNE

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

Maladies - Viscérales Multiples - Maladies de Système

Gastro - Entérologie - Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition - Maladies des Articulations - Hématologie

Gérontologie - Cancérologie

الدكتورة امغبر غزلان

إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة محلفة لدى المحاكم

الأمراض العضوية المتعددة - الأمراض النظامية

أمراض الغدد و السكري - أمراض الجهاز الهضمي و التغذية - أمراض المفاصل - أمراض الدم

أمراض الشيخوخة - السرطان

Fix : 05.22.53.20.54

Casablanca, le : 10/08/2023

M. ZIATI M. EL

3 x 927²⁰

- Amande 3g 19/1

27.7²⁰

- Cardio aspirin 19/1

- Zis 10/1 19/1

155.9²⁰ x 3

- C DNR 19/1

139.5²⁰ x 2

- Bar 19/1

Gly 19/1

PHARMACIE EL OUMOUA
244 Ibn Batouta - Casablanca
Tél : 05 22 53 20 54

Fix : 05.22.53.20.54

MGHABBAR GHIZLANE
SPÉCIALISTE
MEDECINE INTERNE
Rue Ibn Batouta - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 29

6 118001090280
Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27.70 DH

6 118001090280
Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27.70 DH

6 118001090280
Cardiopirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V. : 27.70 DH

5 1180000660017
P.P.V. : 92DH10
CP B30
AMAREL 3MG
LOT : 22E002N
PER.:08 2025

5 1180000660017
P.P.V. : 92DH10
CP B30
AMAREL 3MG
LOT : 22E002N
PER.:08 2025

5 1180000660017
P.P.V. : 92DH10
CP B30
AMAREL 3MG
LOT : 22E002N
PER.:08 2025

PPC: 139,50 Dhs
(01) 0401

PPC: 139,50 Dhs
(01) 0401

LOT : 230761
EXP : 04/2026
PPV : 155,90D

LOT : 230879
EXP : 06/2026
PPV : 155,90D

LOT : 230879
EXP : 06/2026
PPV : 155,90D

Lot: T233000
PER.: 03/2025
PPV: 72.00 DH

T2C252C
12/2025
72.00 DH

Lot:
PER.:
PPV:.

T2C252C
12/2025
72.00 DH



M. Zia ul Mi ladi

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

Le... 10-8-23

Facture N° 00

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	Acc. u - check	139,50	
		T 279,00	