

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

N° W21-807247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 302 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAHBI EL KABIR
 Date de naissance : 01.07.1938
 Adresse : 2, Rue AIN ASSER DOUNE
 HAY SALAM CASABLANCA
 Tél. : 06 92 38 93 36 Total des frais engagés : 1028,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/09/23
 Nom et prénom du malade : DAHBI EL KABIR Age : 01/7/38
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 26/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
26/9/23	CS		250,-	INP : 091257121
04/10/23			Contrôle	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie	26/09/23	778,80
ASBAL M. Mery Al Houari BERKECHIO	4/10/23	235,00

[illegible]

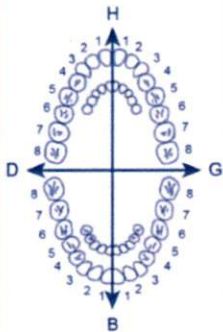
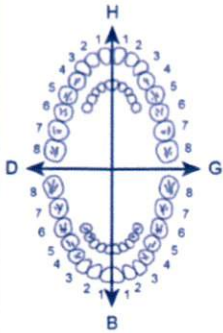
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca le : 26/08/2023

MR ELKBIR DAHBI

19,00

① Sedosteryl

boirage x 2 fl. x 07

432,00

② Voledoo

02 comprimés x 03 fois / jour x 07

Après Repas.

14,00

③ Doliprane 1g.

1 cp x 3 fl. Si douleur x 07

28,80

④ Vitanevryl



Dep Jan le Sai x 07
215,00

⑤ Dup Cicosept



x 257

x 07

7778,80

DR. KHIRICHEF Imane
Dentatologue - Vénérologue
The Beachir Laalou
Résidence Oshmane 1
Tél: 05 22 06 04 30
091257121

PHARMACIE ARABE
ASMOU Samir
Docteur en Pharmacie
17 RUE ASSALAM MEY AL FACHA
BERRICHIO
Tél: 05 22 32 84 04

CICASEP I

CRÈME RÉPARATRICE ASEPTISANTE

Apaise - Répare
Assainit

ASEPTIZING REPAIR CREAM

Soothes - Repairs
Sanitizes

DÈS LA NAISSANCE
Soin localisé

Dr. Imane KHRICHFA

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



د. إيمان اخريشفة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتناسلية

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

ORDONNANCE

Casablanca, le : 04/10/23

MR DA. HBT et KBN

235,00

① Ialuset crème

Xozflj X 01rus

Dr. KHRICHFA Imane
Dermatologue-Vénérologue
1 Rue Bachir Laalej, Bld. Abdelmoumen
Résidence Oushmane 1, 1er - Tél: 05 20 16 04 30
091257121

PHARMACIE ARABIA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
12, Rue ASSALAM, Bay Al Houssein
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 94

ialuset®
crème 100 g

ZENITH Pharma
PPC : 235,00 DH

VALLEX[®] 500 mg

Valaciclovir

Voie orale



432,00

42

Comprimés enrobés

