

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

Déclaration de Maladie

M22- 0053091

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R A M 180507
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Hour, Abbarahmune
 Date de naissance : 01 / 01 / 1966
 Adresse : 90 Residya Nour Amira
 my Abdallah EL Tachdi
 Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : 263,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. CHAHBI Mohammed
 Ophtalmologiste
 544, bd. panoramique, californie
 Casablanca maroc
 Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
 05 22 23 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
 Fax : 05 22 86 46 21
 Date de consultation : 20 / 07 / 2023
 Nom et prénom du malade : RITAZLANE Acha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : EL Tachdi Le : 20 / 07 / 2023

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
30/09/2023	S		200,-	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
304, box panoramique, maroc
tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 86 60 / 08 - 05 22 50 15 15
05 22 86 46 21

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/6/23	63,20

Pharmacie OULAD BOUAZIZ
BENSIIMANE HOUDA
Distributeur Pharmacie :
Avenue Mouhamed V
Centre Molay Abdellah
Tel : 05 23 34 89 92

[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
des Travaux

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 30/09/2023

D. Ophthalmologist
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 29 66 00 / 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

NON : RHAZLANG
PRENOM : AICHA

63,20

ZYRTEC (comprimés) 10 mg
1CP /J le soir pdt 5 jour



Pharmacie OULAD BOUAZZIZ
BENSLIMANE HOUDA
Docteur en Pharmacie
Avenue Moulay Abdellah
Centre Moulay Abdellah
Tél : 05 23 34 89 92

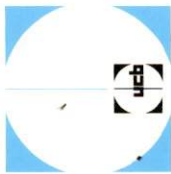
Rendez-vous le 18/07/2023 A. 09h00

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

D. Ophthalmologist
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

63, 20

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec® 10mg



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg 

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158