

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

- Reclamation : 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- 0028852

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7728 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FIRAS BOUCHAÏB

Date de naissance : 31.07.1953

Adresse : RES. FIRD'AOUS' GHIS. IMN 83

APPT 1 CASA

Tél. : 06 7692 7195 Total des frais engagés : 399,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed Lemfedel CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L

Cachet du médecin :

إختصاصي في أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة
120 Av Abou Chouab Doukkali - El Jadida.
Tél : 05 23 34 41 26 Gsm : 07 73 39 45 58

INP : 111042909

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : MOUSTAHSINE Rabia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : OK

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 : Le :/...../.....

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
31/08/23	C2		260,00 DH	

Dr. Ahmed Lemdakhraoui
Spécialiste O.R.L. et laryngologie
120 Av Abou Chabab Doukkali - El Jadida
Tél: 05 23 34 41 28 GSM: 07 73 39 45 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/23	139,90 DH

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 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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																	
			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

الدكتور أحمد المفضل الشرايبي Docteur CHRAIBI Ahmed Lemfedel

إختصاصي في أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة Spécialiste O.R..L.

فحص الصمم و الدوخة Exploration de la Surdité et des Vertiges

الفحص الباطني للأنف و الحنجرة Fibroscopie naso-pharyngo-laryngée



El Jadida le: 31-8-23

Nom: Moustahsin Ratic

1. 58. 1 - 2050 - 1 cp x 3/1

2. 37. 1 - 2 cp x 3/1

3. 44. 1 - 1 cp x 3/1

4. 139.90

5.

6.

Dr. Ahmed Lemfedel CHRAIBI
Spécialiste O.R..L.
إختصاصي في أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة
120 Av Abou Chouab Doukkali - El Jadida
Tél : 05 23 34 41 28 Gsm : 07 73 39 45 58

120 Avenue Abou Chouaib Doukkali Tél 0523 34 41 28

INP : 111042909

Comment utiliser les gouttes auriculaires : mettre 4 ou 5 gouttes dans l'oreille.
Fermer   l'aide d'un petit bout de coton. Laisser 30 mn environ. Enlever le coton.

Di-INDO® 50mg

15 comprimés effervescents



Di-INDO® 50mg 15 comprimés effervescents

PPV 58DH00
EXP 10/2025
LOT 28056 3

DUOXOL

500mg/2mg

دوكسول 500/200
Bouteille de 20 comprimés

37,00

LOT M0570
EXP 08 2025
PPV 44.90 DH

Voltaire

50 g Emulgel Topique 1 %



6 118000 220213

