

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0011582

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02472 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Doukkali Oum-Keltoum
Date de naissance :
Adresse : 12 Rue Vimy et Ainant-Rés B'Elkaron Rabat
Sétif Casablanca Beldjard
Tél : 421.6041 Total des frais engagés : 566.4901841 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Badie Azzaman MEHADJI
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
Casablanca

Date de consultation : 21 / 12 / 2023
Nom et prénom du malade : DOUKKALI Oum Keltoum Age : 72 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Céphalées - Rhinite - Dyspnée
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) : MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
21/12/2023	Cs	03	Graheir	Pr. Badie Azzaman MEMAD Chirurgien Cardiaque et Vasculaire Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASSIRI Rue Rataf Ben Armed Draïme BENMOUSSA Ouafae Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85	21/12/2023	421.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

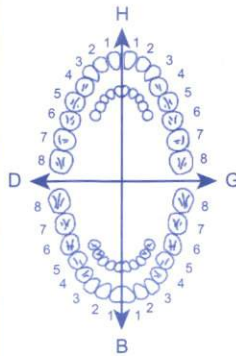
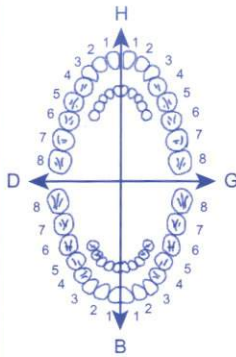
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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



Docteur B-A MEHADJI

Professeur de Chirurgie Cardiovasculaire

Sur rendez-vous

Casablanca, le 21/12/2023

ORDONNANCE

Mme DOUKKALI Oum Keltoum

Régime diabétique sans sel
205.00

Co-Anginix 50/12,5: 1cp. le matin
79.50 2sp 3mois

Zithromax 500: 1cp. le matin x 3 j
10.30

Doliprane 500: 1cp. 3 fois / jour x 6 j
42.20 x 3

Ventoline suspension spray uel
3 bouffées à chaque crise

à répéter 6 heures après et avant
le sommeil.

21.60
PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafa
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85

Pr. Badie Azzaman MEHADJI
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
Casablanca

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
60 Comprimés



6 118000 051060

LOT : 352

PER : 04/07/2025

PPV : 205 DH 00

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

Doliprane 500mg

PARACETAMOL

20 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040347

UT.AV. : 07 2024

P.P.V.

LOT N° : G J 8 5 9 1

79 70

PPV : 10DH30

PER 12/25

LOT L4189

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Lot

EXP

PPV

MJ3V

12 2024

45,30 DH

Lot

EXP

PPV

X87K

04 2025

42,20 DH

Lot

EXP

PPV

MJ3V

12 2024

45,30 DH