

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

M22- 0039687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08153 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUZOUNE FAKHRE DDINE
 Date de naissance : 17/10/1968
 Adresse : 32, RUE EL BANAFSAT - APT 30
 BEN TAJA - CASABLANCA - 20400
 Tél. : 0666243574 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAHIRI ALAOU SARAH
Médecin Généraliste
173, Av. Mohammed VI - Apt 30
CASABLANCA
Tél : 0522 201 850 - 0668 959 415

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Douleur Abdominale Adhésions + constipation

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) :

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
20/11/2023	C		200,00	Dr. TAHIRI ALAOUI SARAH Médecin Généraliste 173, Av. Mers Sultan Etg. 1er Apt 30 CASABLANCA Tél : 0522 201 850 - 0668 959 415

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/23	371,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

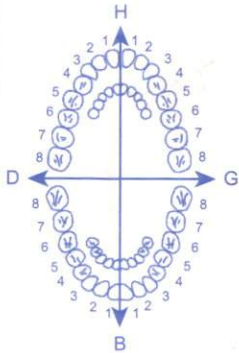
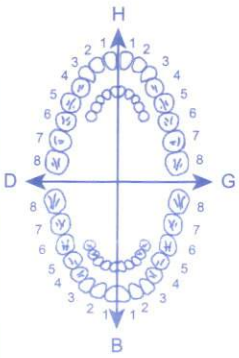
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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 Tahiri Alaoui Sarah

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة الطاهري العلوي سارة

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

Casablanca, le 20/11/2023

Madrid Chama

79,50

- Carboxane

1 cp x 21 j

33,00

- Mufen 80mg

1 cp x 31 j 5 jours

84,50 x 2

- Zetalex

90,00 1 Tube 1 j 48 heures

- Cuaflor

1 sachet 10 j

371,50



Carboxane

Boîte de 30 comprimés

LOT: 230579
PER: 06/2026
PPC: 79,50DH



LOT: M0948
PER: 01/2026
PPV: 33,00DH



CuraFlor
Sachets

LOT: 02902
PER: 09/2025
PPC: 90,00DH

Dr. Méd. Mers Sultan
173, Av. Mers Sultan
CASABLANCA
Tél: 0522 201 850 - 0668 959

173 شارع مرس السلطان، الطابق 1 الشقة 30 - الدار البيضاء

173, Avenue Mers Sultan, 1er étage App 30 - Casablanca

Tél : 0522 201 850 - 0668 959 415 - Email : tahiri.alaoui.sarah@gmail.com - ICE : 002524344000053

Lot : 040
À utiliser de
préférence avant le : 05/2027

PPC : 84,50 DH



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intègre,
conservé correctement.

Lot : 020
À utiliser de
préférence avant le : 02/2028

PPC : 84,50 DH



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intègre,
conservé correctement.