

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- 0056741

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **21293** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **FARAS Mohamed**

Date de naissance : **01-01-1996**

Adresse : **Dar Lamane Bloc "M" 308 N° 7**

H.M. CASA

Tél. : **06 55 37 59 2** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Assermenté**

Date de consultation : **11/02/2019**

Nom et prénom du malade : **FARAS Mohamed** Age :

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

Nature de la maladie : **Ekt fr/pt**

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 traitement des Actes
11/12/23			1801-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACE DU PARADEZAKIA
Dr BOUSTANE ZAKIA
Bloc L, N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 0522.60.80.11

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 AM PC IV Montant détaillé des Honoraires

06.12.23 190-

air culk vin p sh

1801- culk vin p sh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

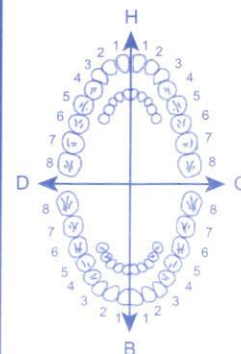
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

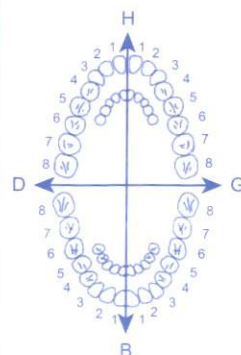
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Jamil El Hayaoui

Ex. Médecin Chef des FAR

Ex. Médecin Directeur du BMH

Ex. Médecin des Polycliniques ONE

Diabète - Traitement Douleurs

Circoncision des Enfants

Echographie - ECG

Tél : 0520 611240

Omnipraticien

طبيب محلف



الدكتور جمال الحياوي

طبيب عسكري سابقا

طبيب مدير بحفظ الصحة سابقا

طبيب بعيادة الكهربيين سابقا

السكري - علاج الآلام

ختانة الأطفال

الفحص بالمصدى - تخطيط القلب

الهاتف : 0520 611240



091183491

Casablanca, le:

11/12/27

الدار البيضاء، في :

FARAJ MO



1235

Gentyl 160

106 j

19.20

EL Eculiptine

103 j

40.00

Ibuprofen

760

3 W

105 j

WEE2

171 j

Docteur Jamil El Hayaoui
Dr. Assermenté, Bloc 2 Appt. 4
Dar Lamane M, Hay Mohammadi
doc.jamil@hotmail.fr
0661 16 16 30 - Tel. 05 22 62 70 69

دار لمان M بلوك 2، شقة 4، الطابق الأول (أمام صيدلية الفردوس) الحي المحمدي - الدار البيضاء
Dar Lamane M, Bloc 2, Appt 4, 1° Etage (en face Pharmacie Paradis) Hay Mohammadi - Casablanca
En cas d'Urgence : 0661 16 16 30 e-mail : doc.jamil@hotmail.fr 0661 16 16 30 في حالة الإستعجال :

Lot / Batch n°:

Exp. date:

PPC (n°):

76,00

49,00

147,60 X2

Flotml

X2

55390

147,60
1



Docteur Jamil El Kayaoui
Dr. Assermenté
Dar Lamane M. Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM: 06 07 16 16 30 - Tel: 05 22 62 70 69

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr BOUSTANE ZAKIA
Bloc L, N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 0522.60.80.71

ORDONNANCE

.....Date:

GENTOSYL[®]

Gentamicine base

160

PPV 123DH50

EXP 01/2026
LOT 29014 3



SOLUTION INJECTABLE I.M.

Boîte de 6 ampoule de 2 ml
Box of 6 vial of 2 ml

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV: 147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



**Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg 
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**