

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 46



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M23- 0026919

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1658

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAIRADY MUSTAPHA

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : La m?

Tél. : 0664 170 732

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Diplôme en Echographie Générale
153, Rue 25, Bd. Panoramique, BORDJ
Casablanca - Tél. : 05 22 21 11 12
Autorisation : 4994 - INPE : 091057711
ICE : 001778217000037

Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : M. SOUMAYA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA - Dyslipidémie + diabète

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD

☒ ALC

Pathologie :

HTA - Dyslipidémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

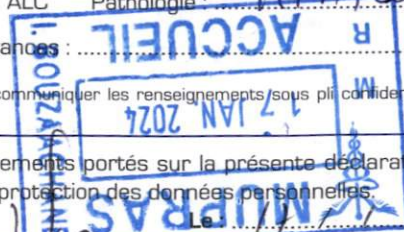
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

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
12-01-2024	C	C	150,00	

Dr. Abdelkader EL MAHMOUD
MEDECINE GENERALE
Diplôme en Echographie Générale
153, Rue 25, Bd. Panoramique, Bine Lammouja
Casablanca 1994 - Tél.: 05 22 21 11 32
Autorisation INPE: 091057711
ICE: 001778217000037

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-01-2024	291,60

PHARMACIE AIT ALI
Dr. Jamal AIT ALI
34, Rue Syrie lot prog rurale
Darbouazza
Tél: 05 22 96 59 11
Inpe 09209896

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

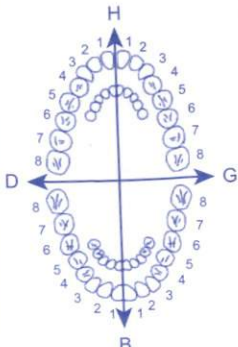
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

M/le SOUMAYA BEN SELLOUN et MAHRAUDY

LOT: M3218

Ex force 80/57

$$3 \times 10^5 \sim 10^6$$

3x7x10 CONTAL 10
1 y 10 min antes de dormir 2 m

146. Distance 1g. 1/3

2x 94.8% Steiner Rhoen, 1. Block

2 x 15, 18 2nd ed. 3/8.

• $\hat{W}AC$ 1000 g 2 liter

991,6

Dr. Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE

Diplôme en Echographie Générale
153, Rue 25, Bd. Panoramique, Bte Lamdeur
Casablanca - Tél.: 05 22 21 11 12
Autorisation: 4994 - INPE: 091057711
ICE: 001778217000037

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoun - Casablanca شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

LOT : 231509
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231509
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH

LOT : 231509
EXP : 10/2026
PPV : 57,80DH



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

EXFORGE 5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH