

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

N° W21-779337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société : 61917

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance : 01-01-53

Adresse :

Tél. : 0661258027 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MLD

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

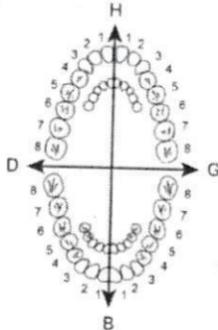
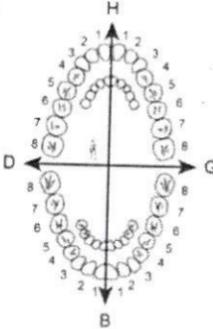
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [][][][][][][][][][][][][][][]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/23	99,950
		INPE: 092025014

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

[illegible]

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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA
CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° CNSS : 2110542

Tel : 0522910023

Fax :

ZAHIDY AHMED

I.C.E. :

N° ICE 001619057000063

CASABLANCA

Le : 28/11/2023

FACTURE N°: 1350/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	XEDILOL 25MG CP	88.10	264.30
7	AMLOR 5MG/28 CP	89.20	624.40
4	CARDIO ASPIRINE	27.70	110.80

Total : 999,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

NEUF CENT QUATRE-VINGT DIX NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

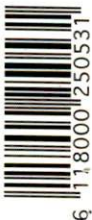
INPE:092025014

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522910023

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

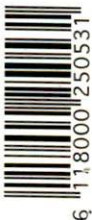
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



28 قرصا

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

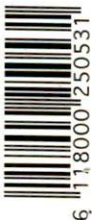
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg 
28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

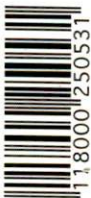
09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg ○

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرصا

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

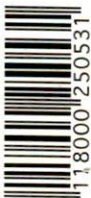
09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg ○

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرصا

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

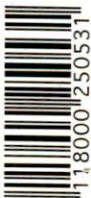
09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg ○

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرصا

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

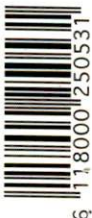
09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Amlor 5 mg ○

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20

09366067/7

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

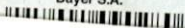
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة





95,00

كزديلول كارفيدللول



25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
							4/2
							صباح
							متنصف النهار
							مساء
							قبل
							بعد

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

سوطيما
othema



95,00

كزديلول

كارفيديلول



25 ملغ

30

قرصا قابلا للكسر
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
							4/2
							صباح
							منتصف النهار
							مساء
							قبل
							بعد

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

سوطيما
othema



95,00

كزديلول كارفيديلول



25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
							4/2
							صباح
							منتصف النهار
							مساء
							قبل
							بعد

XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773

سوطيما
othema

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ZAHIDY AHMED
Matricule :	3288
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. J. SIBAI
	CARDIOLOGUE
N° ICE :	Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 43 78 79 - 05 22 43 78 90
N° INPE :	091129718
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA Chronique -	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Amla 5, 19x21, Xedel 2 19x21, Cardiopam	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 28 NOV. 2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 43 78 79 - 05 22 43 78 90 </div>	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées