

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- 0033909

194721

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FILALI ANSARY HASSAN
 Date de naissance : 1942
 Adresse : 2 rue Foucauld
 Tél. : 0661 694998 Total des frais engagés : 384,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 27/01/2024
 Nom et prénom du malade : BEN KHANIT KAHIN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : Casablanca Le : 28/01/2024
 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
27-01-24	C2e	250,		 Dr. AMMOURI Marouane Médecin des Urgences
2024	de urgence			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



27/01/24 134,50

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

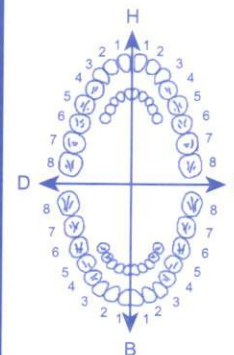
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

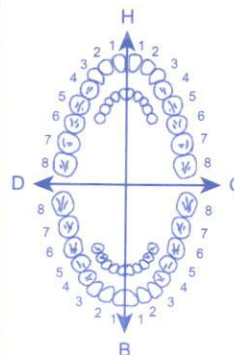
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
SERVICE MÉDICAL
AMBULANCE AVION SANITAIRE
SOINS INFIRMIERS
AIDE SOIGNANTE À DOMICILE
HOSPITALISATION À DOMICILE
CONSULTATION À DOMICILE
CONTRE VISITE
ANALYSE MÉDICALE
TEST COVID
MATÉRIEL MÉDICAL

MAYDAY

06 13 34 10 01

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات ترميز منزلية
التمريض
الرعاية المنزلية
الفحص المنزلي
استشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات ومستلزمات طبية

Ordonnance Médicale

A : casu Le : 27.01.2026

Nom & Prénom : BEN KAMIA KABIR

11 Amoxil 1g x 7j - 07j

55,00

1g x 7j - 07j



21 Emoxer 500g

49,50

1 cas x 7j - 07j



134,50




Dr. AMMOURI Marouane
Médecin des Urgences

إقامة البدر تجزئة 11 عمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N° 99 Apt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01
Email: contact@maydavhelo.ma



PPV : 55,00 DH
LOT : 652395
PER : 02/25

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

أنرويكس®

كلبتوس، البروبوليس،
إكيناسيا

شراب معالج للسعال
بالمكونات الطبيعية

بدون سكر
بدون كحول

LOT 107210/FC11
PER 01/2026
PPC 79,50

4, Rue Al Oukhouane
beauséjour, Casablanca

ENROUEX® 200 ml



6 111255 810659

Flacon 200 ml

Complément alimentaire n'est p