

## 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

N° W21-787388

19 8695

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8979 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : LAHIAI Abdelhakim  
 Date de naissance : 22-02-1969  
 Adresse : 183 belle rue Sidi mous : CASA  
 Tél. : 0661322370 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ZANDALUSH SATUR Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

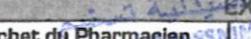
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Fait à : Le : 01/10/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
 09 20 77 80 91	22/11/2011 168,90

[illegible]

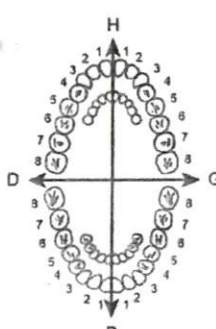
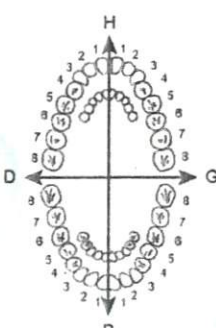
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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	INP : <input type="text"/>																								
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



### Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

إختصاصية في  
• أمراض الجلد والشعر  
• الأمراض التناسلية  
• الطب التجميلي

Casablanca le ..... 22 JAN 2024

El Anabolomoni Salont

→ Retacnyl 0.015

lunch ser  
jaser ser

2 ser / 7j

→ g autos ser

5 ser / 7j

creme de

Neit Baume Zennun

SV 2

Sur rendez-vous

1, rue Abou Adil Hallaf

(ex rue Edmond Rostand)

Quartier Gauthier Casa

Tél. : (0522) 20.91.17/27.17.68/27.83.57

56130 x 3 = 168.90  
 Cure

PPV: 56,30 DH  
 LOT: 23H21D  
 EXP: 08/2025

am pende

am pende / 11 Jan

PPV: 56,30 DH  
 LOT: 23H21D  
 EXP: 08/2025

(Crais)

صيدية تاسنيم  
 PHARMACIE TASSNIME  
 10, rue Edmond Rostand - Casablanca  
 CASABLANCA 22 58 51 77

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 23A31  
 EXP: 01/2026

am pende

- Derivatif gel: 1F  
 - gel substituent: 1F  
 Deux

1 gel (liste en rchere  
 Savvab)

Tel: 0522 20 91 17/27 17 68 - Casa  
 (Ex. Rue Edmond Rostand) - Casablanca  
 10, rue Edmond Rostand  
 Laboratoire de pharmacologie  
 Dr. OUBRAHIM MOUJIB



### Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

- إختصاصية في
- أمراض الجلد و الشعر
- الأمراض التناسلية
- الطب التجميلي

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

Casablanca le 22 JAN 2024

El Aouda Wadhi  
BARIOL

- Curacure GE 30mg

1 cp lundi soir

1 cp jeudi soir

(+)

x Gros

Rassurance

- Bolette du visage à la  
Narsisse  
vit c  
2 fois/jour  
Nettoyante Refrém

Sur rendez-vous

1, rue Abou Adil Hallaf  
(ex rue Edmond Rostand)  
Quartier Gauthier Casa

Tél. : (0522) 20.91.17/27.17.68/27.83.57

— Zaimi et ser

Genom HA DNA hybridisiere

Also esthetic

Three

Ration

ERRORE HA UNO ALLE

Elshetty Farm

JAY jen

Even before Day 60

face redness light

82 - 122 - 144

fern