

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, parodontologie 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.

Centre Allai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai 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° W19-537284

199785

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 7672 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADIK ABDERRAHMAN

Date de naissance : 01 01 1961

Adresse : 3094 LOTIS AL WAFI DEROUA

Tél. : 0673985681 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2020

Nom et prénom du malade : ZINEDDINE EL ANASSI Age : _____

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

Nature de la maladie : soin curatif

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) : [Signature]

odno

28/01/2024 G6-150 INP: []

INPE 3061033618

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

ou du Fournisseur

PHARMACIE EL OUMORMA
lotissement el wassaa
Département de la wilaya
244

INPE:062095070

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

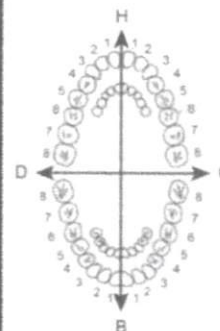
IM

14

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

+

2653341

000000

12 | 21433852

30	00000000
----	----------

□

00000000

30 | ○○○○○○○○

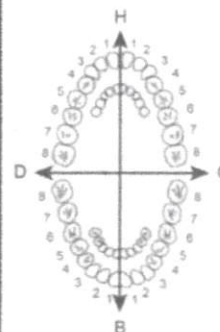
11 | 11433553

1

1

(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

Docteur Fatiha BITI

MEDECINE GENERALE

DIPLOME DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE POITIERS FRANCE

DIPLOMEE EN ECHOGRAPHIE GENERALE :
ABDOMINALE ET GYNECO-OBSTETRICALE
DE L'UNIVERSITE DE PARIS

DIPLOMEE EN PATHOLOGIE INFECTIEUSE
PEDIATRIQUE DE L'UNIVERSITE DE TOURS

ANCIENNE ASSISTANTE DES HOPITAUX
DE PARIS

الدكتورة فتيحة بيتي

الطب العام

خريجة كلية الطب بـبواتي (فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

للبنطن وأمراض النساء والتوليد

من جامعة باريس

حائزة على دبلوم الأمراض التعفننية

للأطفال من جامعة تور

طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Deroua, le

الدروة، في:

25/01/2024
DR FATIHA BITI
MEDECINE GENERALE
Lotissement Khadja
Tél 06 12 22 95 64

ZIN+DDINT. Pindishi. LATIHA.

98 80

①

PHARMACIE EL GHANOUJA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05 22 53 20 54

50

1 x 2

50

1 x 2

50

PHARMACIE EL GHANOUJA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05 22 53 20 54

163, 90

DR FATIHA BITI
MEDECINE GENERALE
Lotissement Khadja
Tél 06 12 22 95 64

السنة ٢٠٢٢

Lot :
الجمهورية

Fab :
صنع

EXP :
صالح لغاية

1176

12 2022

12 2025

DIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH8U
EXP 06/2026
LOT 33022 5