

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

M23-0028535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL OUIGHIRI EL ALBI

Date de naissance :

21/01/1957

Adresse :

Tél. :

0663 867279

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Jamal ARRAKI
Médecin Généraliste
8d. Imam Qastalani Hay Dakla
86 en Face Centre de Santé Zalah
31-0522 44 25 43 / 0650 96 30 11

Date de consultation :

19 AVR. 2024

Nom et prénom du malade :

EL OUIGHIRI EL ALBI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
19 AVR. 2024		C	120	Docteur Jamal ABRAK Médecin Généraliste 86, Imam Qastalani Hay Dakhla 36 en Face Centre de Santé Zai Tél: 0522 44 25 43 / 0650 86 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/24	44,40

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur **Jamal ARRAKI**

Médecine Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Médecin agréé à la visite

Médicale d'Aptitude pour

permis de conduire

Bd Imam Qastalani Hay Dakhla
N° 86 en face centre de santé ZALAKA

Tél.: 05 22 44 25 43 - 06 50 86 30 11

الدكتور جمال الحراقي

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب مرخص بالفحص

الطبي لرخصة السياقة

شارع الامام القسطلاني حي الداخلة رقم 86
قبالة المركز الصحي الزلاقة

الهاتف : 06 50 86 30 11 - 05 22 44 25 43

19 AVR. 2024

Casablanca, le في الدار البيضاء،

EL OIGHIRI EL ALI
SAHO C LAMOX L f
JESHO fchuz st
SSHO popohtz sy bel
4090 mshin 20
5200 wltmshin 400 sv
43000 seel 20
463042 - cum f
44140

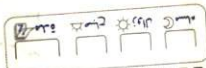
Docteur Jamal ARRAKI
Médecin Généraliste
Bd. Imam Qastalani Hay Dakhla
86 en Face Centre de Santé Zala
Tél. 0522 44 25 43 / 0650 86 30 11

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40/0



6 118000 081753

20 comprimés effervescent à sécher

PREDNI 20mg

20 x 2

PPV : 46,30

LOT : 23H21

EXP : 08/2026

PPV : 55,00 DH

LOT : 652393

PER : 03/25

6 118000 160359

12 comprimés dispersibles

CLAMOXYL 1g

PPV : 46,30

LOT : 23H31

EXP : 08/2026

Voltarène® 100 mg

10 suppositoires



6 118000 220169

LOT: M22055
EXP: MAR 2025
PPV: 52,00 DH

Fabriqué par :

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



0



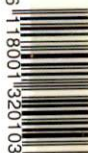
Fabriqué par :

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



0

محلول زيتي للشرب

FERREX

Melita



6 118000 310624

LOT : 1209
UT. AV: 01-26
PPV: 210400

PHARMED



56 gélules

OEDES 20mg

56

LOT: 221880
PER: 08-2025
PPV: 140,00 DH

OROPROPOLIS



OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

LOT: 270 / PER 104 / 2026
PPC: 55.10 DHS

OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

Extrait Actif de Propolis



6 749976 877431

Lot N° :

Per :

ppc :