

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° W19-525976

ND: 434 80

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4513 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAGADI ELMOSTAFA
Date de naissance : 15/10/1962
Adresse : 6 RUEIS LOT EL MANARA
CARTAGE A OTHOCK
Tél. : 0661 823949 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak ZAHAR
Médecin Urgentiste
& Traumatologue
336, Bd D'Ass El Hani Sebata
Casablanca
Tél : 05 22 55 56 56

Date de consultation : 24/07/2020
Nom et prénom du malade : RAGADI ELMOSTAFA Age :

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

Nature de la maladie : pour l'adhérent à l'attention du N° B des

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 : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dr Abdelhadi ZAHAR
Chirurgien Orthopédiste
& Traumatologue
336, Bd Driss El-Hadi Sebata
Casablanca
Tél: 05 22 55 56 58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-07-2020	268,40.

PHARMACIE ZOUHAI:
Boite 1032, Rue 30, N° 39 Bis
Hay Lakumat - Ain Chock
Casablanca-Tél.: 0522 50 61

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

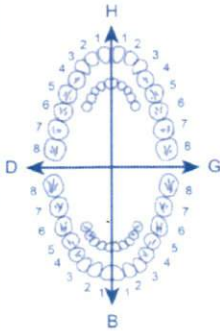
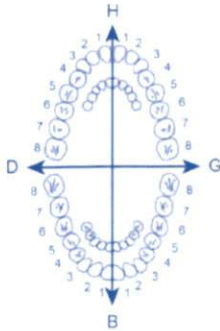
[illegible]

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 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	 			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

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.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ZAHAR ABDENBI

الدكتور زهر عبد النبي



Chirurgie Traumatologique
Podopédique

العظام

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

DULASTAN®

دولاستان®

500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

Casablanca, le : 14/07/2022 = الدار البيضاء في

RAGADI EL MOSTAFA

DULASTAN®

دولاستان®

500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

Mobic® 7,5 mg

meloxicam

14 comprimés



6 118000 040545

AULCER® 20 mg

14 Gélules



6 118001 220045

PPV: 42DH60

PER: 02/23

LOT: J373

N°: 569/17 DMP/21/NRQ

19173

04/2022

PPV: 52,80 DH

PHARMACIE ZOUHAR
Rue 30, N° 33 Bis
Rte 1032 - Ain Chock
Casablanca - Tél: 0522 50 60 26

Dr Zahar Abdenni
Chirurgie Orthopédique & Traumatologique
Casablanca

336, شارع إدريس الحارفي (شارع شجر) - سباتا - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 55 56 56

336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca

Tél.Cabinet : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com