

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 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-539980
(33207)



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13256 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHAIRY YASSER
 Date de naissance : 24/08/1993
 Adresse : Lot Zineb 2 N°11 E - Bab Fes - Casablanca
 Tél : 06 71 53 09 40 Total des frais engagés : 1123 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 JUL 2020
 Nom et prénom du malade : Yasser Khairy
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 JUL 2020
 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 : 16 / 08 / 2020
 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
16/06/2024		250		INP 23 1149 487

LAOUAK Kacen
 Allergologue
 Liberté - Casablanca
 Gsm: 0561 17 76 26 - Tel: 0522 44 52 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Gsm: 0561 17 76 26 - Tel: 0522 44 52 64
 Montant de la Facture

PHARMACIE TILILA
 Voie d'Aménagement H.M 47 N°H
 Hay Laymoun - Hay Hassani
 Tél: 05 22 93 66 84 - Fax: 05 22 93 67 15
 ICE: 05 155156600078 - IF: 40155060

16/06/2024

873,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
 Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
 Coefficients

Montant
 des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
 du Particien

Date des
 Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
 des Honoraires

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

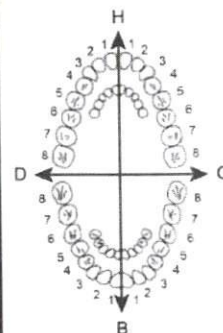
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
 DES TRAVAUX

MONTANTS
 DES SOINS

DEBUT
 D'EXECUTION

FIN
 D'EXECUTION



O.D.F.
 PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
 MASTICATOIRE

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

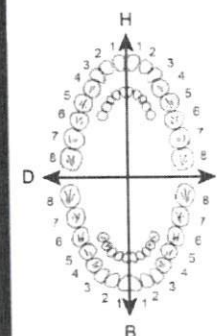
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. D'ALLERGOLOGIE
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق
اختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
تخرج جامعة بوردو

Casablanca, le : 16/06/12 : الدار البيضاء في :

Khary Yamm

Leouma

1h

291. - x3 Foster



3h

L-2

873. -

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél : 22 93 68 84 - Fax: 05 22 93 67 15
ICE: 001551565000078 - IF: 40155060

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
11, Rue Liberté - Casab.
0661 17 76 26 - Tél: 05 22 44 52 84

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - Urgences : الهاتف : 05 22 44 52 84

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage, apt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étage - casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients sur
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients sur
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients sur
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE