

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.

Biologie 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

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° P19- 056275

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9159 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BRAHIMI Abdelhakman

Date de naissance : 16/11/66

Adresse : Lot Chamkhar, Rue 21, Villa 21, Casablanca

Tél. : 25 70 Total des frais engagés : 320,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : Brahimi Abdelhakman Age : 54 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

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 de déclarer avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 05/11/2020

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
27	JUIL 2020	2	230	Dr. Ayadine DELGAS EQUILIBRE 11, Boulevard de la République - Casa Tél: 05 72 45 32 62 - GSM: 06 61 42 45 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYADINE AGUEDACH KANA Quartier Villeneuve 3 Rue du Commerce MUGEL, 31000 - Tél: 05 72 99 69 21	29/7/20	60,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
COEFFICIENT 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

*Spécialiste des Maladies de l'Enfant,
Nourrisson et Nouveau-Né*



الدكتور عبد الله بالكاس

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

27.07.2020

الدار البيضاء، في

Enfant BRAHIMI Ilyas

Age : 10 ans 4 mois

1 BRUFEN SIROP

Donner 2 cuillère-mesure toutes les 6 heures SI FIEVRE

2 DOLIPRANE 500 mg cp : B/16

Donner 1 comprimé toute les 6 heures Si fièvre

3 POLYDEXA sol auric : FI/10.5ml

Mettre 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

Dr Abdellah BELGAS

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Dr. Abdellah BELGAS

Enfant BRAHIMI Ilyas, 10 ans 4 mois
11, Rue Lavoisier - 1er Etage - Casablanca
Tél: 05 22 86 32 62 - GSM: 06 61 42 45 88

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA[®]

Ne pas avaler



21,80



8

Tableau A (Liste I)

NE PAS AVALER



Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
SABOUCHARA-RECORDATI

®
ران
500 ملغ

دوليت
بارا صيطامول

16 قرصا فلورا

ب
بوتلبي
82, Rue de la Liberté - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables

الأوجاع و الحمى

Doliprane 500 mg ○
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

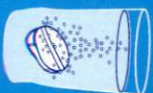
AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

6 118000 040354



b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables



للبجبار و الاطفال
ابتداءا من 27 كغ



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

0815V

PPV 150H80
PER 04/22
LOT 1893

110x31x31



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Brufen Suspension

22,50