

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0017331

448423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8919 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MECHHOUR LAHOUSINE

Date de naissance : 12.30.04.1960

Adresse : 244 Hay ELAHA Rue el Beik Naâ elaynin  
Bene Riad

Tél. : 06.13.62.17.90 Total des frais engagés : 757,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : DE RUA Le : 07.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie MARBOUANE  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Erraha El - Berrechid  
Tél: 0522 32 63 63  
INPE: 062073820

### 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  
A M P C I M I V

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 :

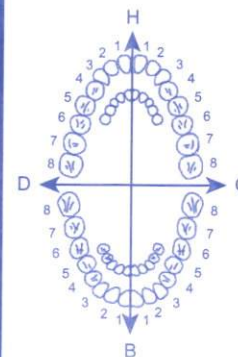
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



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  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

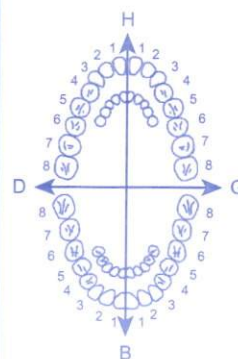
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# Pharmacie Marocaine

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAY ERRAHA E/1 , BERRECHID



**Facture N° 20230204-513**

Date de vente : 20/12/2022  
Médecin traitant :

**el badaoui meryem**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	3	24,40	TVA (7.00%)	73,20
ADO CO 1G B30 COMP	1	19,90	Exonéré (0.00%)	19,90
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	2	35,70	Exonéré (0.00%)	71,40
SULIAT HCT CO 160MG/5MG/12.5MG B28 COMP	3	182,10	Exonéré (0.00%)	546,30

Total HT	749,66 DHS
TVA	7,84 DHS
<b>Total</b>	<b>757,50 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent cinquante-sept DHS  
et cinquante centimes**

Pharmacie MAROCAINE  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Erraha E/1 - Berrechid  
Tél: 0522 32 63 63



Dr. YAZIDI Asma  
Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins  
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd  
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid

إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

Berreshid, le 20/05/2022 برشيد، في



Pharmacie MARTINE  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Elrahma E1 - Berrechid  
Tél: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 96

182, 10 x 3

Sulact 100 K/m



replir la machine

100 1g

Pharmacie MARTINE  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Elrahma E1 - Berrechid  
Tél: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 96

357 x 2

199, 90

100 1g

24, 10 x 3

200 1g

26, 90

24, 10 x 3

200 1g

24, 10 x 3

200 1g

24, 10 x 3

200 1g

24, 10 x 3

200 1g

24, 10 x 3

200 1g

Dr. YAZIDI Asma  
Néphrologue  
44, Lot Chama - Berrechid  
Tél: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 96

Pharmacie MARTINE  
Dr. Mustapha EL AZIZI  
Hay Elrahma E1 - Berrechid  
Tél: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 96

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E009  
PER : 05 2024

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E007  
PER : 03 2024

LOT 222268  
EXP 06 2026  
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 02000001  
SOTHEMA BOUSKOURA  
6 118000 022268

182,10

182,10

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

19,90

ADO  
Boîte de 30 comprimés pelliculés  
6 118000 092449

182,10