

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-782244

148683

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 20646

Matricule : 20646 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RAM

Nom & Prénom : MOUABIR FATIHA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : 2062 107063 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : Mouabir Fatih

Age : _____

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

08 FEB 2023

ACCUEIL

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
17-01-23	CS		150 DH	Dr. Sarah BELCAIDA Médecin Généraliste Tél: 0522 33 85 30 INPE: 061192332

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الثانويه Pharmacie ATTANAQUIA Immeuble IMART Centreur en Pharmacie 13, Bd Al Moukarrama Lot Ennouch Berrechid - Tel: 0522 32 45 94	17-01-23	331.70

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	MONTANTS DES SOINS																
	DEBUT D'EXECUTION																
	FIN D'EXECUTION																
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
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															

Médecine Générale

الطب العام



- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 17/01/23

109,60 Mounahab Fatima

- Juvantous

SV

109,- Namphir

- Dstres

SV

36,70 2 gel/jr

- Anxiol

SV

Pharmacie ATTARAOUIA	
ORDONONCIER	
Date	N°
17-01	11.093

1/2 gel/jr le soir ptt 06h
puis 1/4 gel/jr " " "

77,- puis 1/4 gel/jr sc 2

- Charbophil

SV

331,70 2 gel x 2

Dr. Sarah BELCAIDA
Médicine Générale
Tél: 05 22 33 68 30
INPE: 06 41 92 33 33

صيدلية النورية
Pharmacie ATTARAOUIA
Imagerie TM ART
Docteur en Pharmacie
123, Bd Al Moukaouama Lot Ennassir
Berrechid - Tél: 05 22 32 45 94

20 شارع محمد الخامس تجزئة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

FR	Pour 1 ampoule de 10 ml	
Extrait de GINSENG	90 mg	soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATÉ	67 mg	soit 14 mg de caféine
Extrait de GUARANA	130 mg	

Conseils d'utilisation :

Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1 ampoule par jour, de préférence le matin, pendant 20 jours en période difficile ou 10 jours pour l'entretien de sa forme.

Un léger dépôt est normal, bien agiter l'ampoule avant utilisation.

Teneur élevée en caféine (14mg/ampoule), déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes ou allaitantes.

EN	For 1 vial of 10 ml	
GINSENG extract	90 mg	Le. 11 mg of ginsenosides
MATE e		
GUARA		

22051 0125

LOT PER

Prix

109.00

Instructions: Dilute the water of prefera during In shape. A slight deposit is normal, shake the vial vigorously before use. High caffeine content (14mg/vial), not recommended for children under 15 years old and pregnant or nursing mothers.

JUVATONUS

GINSENG TONUS

VIALS

PHYSICAL AND INTELLECTUAL TONIC

Alcohol free
Preservatives free
Colouring agents free
Gluten free

Guarana

Mate

Ginseng

**100%
natural
origin**

1 a day

10 DAYS PROGRAM

LABORATOIRES
JIVA SANTE

LOT 221572
EXP 11/2024
PPV 36.70DH

أنكسيول[®]

برومازيبام
6 مغ

عن طريق الفم

ANXIOL[®] 6 mg 
30 comprimés quadrisécables



سبيماكو المغرب
SPIMACO MAROC

30 قرصا قابلا
للکسر على أربع

CHARBOPHILE®

Complément Alimentaire à base de
Charbon végétal activé+Fenouil

Ventre gonflé
Gaz intestinaux
Digestion difficile

L 0614
P: 03/25
PVC: 77.00 DH

30 gélules

Poids Net 12g

synergia
laboratoire de médecine nutritionnelle

40
Comprimés

D-Stress[®]

Contient du magnésium, de la taurine,
de l'arginine et des vitamines B.

GÉREZ LE STRESS¹
RÉDUIRE
LA FATIGUE²

Lot:

DS06/22

06/2025

DLC:

PPC : 109 DH