

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

N° M21- 0055100

152835

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SKIREDT LEILA
Date de naissance : 05/04/1958
Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IH 43 N°2
CASABLANCA
Tél. : 0660619331 Total des frais engagés : 358,50 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/02/2023
Nom et prénom du malade : SKIREDT LEILA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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'Hor
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
01/02/2023	CH		CH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/02/23	358,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

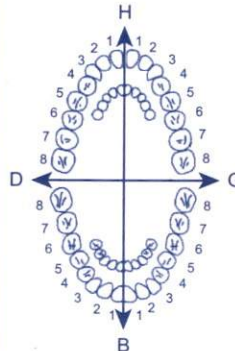
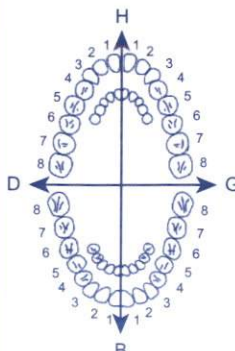
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
																	
<div> <div>Coefficient des Travaux</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>Montants des Soins</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>Début d'exécution</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>Fin d'exécution</div> <input type="text"/> </div>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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																
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>																
<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <input type="text"/> </div>																	
<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
لدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca le : 07/02/23

CONCERNANT M. *Mr. K. el Haicha*

● TOBRADEX (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

● INDOCOLLYRE (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

● SPECTRUM (collyre)

1 goutte 4 fois par jour

● TOBRADEX (POMMADE)

1 App. le soir

● PHYLARM

1 RIN le matin et le soir

● SPECTRUM 250MG

1 CP. 2 fois par jour

● COMPRESSES OPHT SERILES AUTO-
ADHESIF

PHARMACIE RIVIERA
Dr. ESSALHI Abdelaziz
Angle Bd. Ghandi et Rue
des Eperviers - Marché Riviera
Tél.: 05 400 45 700-Casablanca

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - GAZA
Tél.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15
INPE: 091140871

Traitement oeil

gauche

Urgence 24/24

صاحب حق التأليف
مطبعة
الطبعة الأولى
الطبعة الثانية
الطبعة الثالثة
الطبعة الرابعة
الطبعة الخامسة
الطبعة السادسة
الطبعة السابعة
الطبعة الثامنة
الطبعة التاسعة
الطبعة العاشرة
الطبعة الحادية عشرة
الطبعة الثانية عشرة
الطبعة الثالثة عشرة
الطبعة الرابعة عشرة
الطبعة الخامسة عشرة
الطبعة السادسة عشرة
الطبعة السابعة عشرة
الطبعة الثامنة عشرة
الطبعة التاسعة عشرة
الطبعة العشرون

250 ملغ

عن طريق الفم

م

سبيكتروم

سيبرفلوكساسين

10 x

أقراص ملبسة



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

LOT 220865

EXP 06/2025

PPV 51.40DH



COOPER
PHARMA

Tableau A (Liste II) / جدول أ (اللائحة 1)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

Fabriqué par / من صنع



COOPER
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca

41, زنگة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

Spectrum® 250mg

Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081449



LCA S.A.

9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16



3 700288 600042

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

M0152 - 2017-06 - PN : 930-1033/01.