

## 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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie Chronique. N° Pe 1161

## Déclaration de Maladie



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

N° W21-775687

158586

par  
Pratique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1161

Société :

RAM.

Actif

Pensionné(s)

Autre

Nom & Prénom :

ESSAMALI ; Mohamed

Date de naissance :

30/09/1950

Adresse :

Resid. Yasmina 118 ALTA 11 WIFAL  
TEHARA.

Tél. :

06 61 13 61 22 Total des frais engagés : 918,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/02/2023

Nom et prénom du malade :

BOUALILIA Fadua 19/3

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie chronique

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.

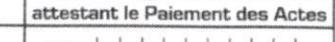
Fait à : Sidi 20/02/2023

Le : 20/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Sidi

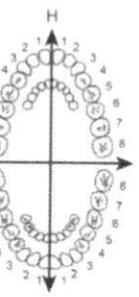
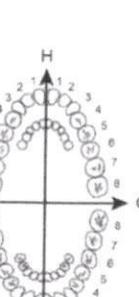
Signature de la Mutuelle :

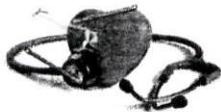
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/05	C	C	G	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMAAT 37, RES HALIMA 1- SIDI MOUSSA- SALÉ Tél : 03 37 33 43 02	20/12/83	9.18, <del>500</del>

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H	G																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						



Salé, le: 20/02/2023

الدكتورة يسمينة ليديدي  
Docteur Lididi Yasmina  
CARDIOLOGUE

Mme BOUALILA Fadma

269,00 x 3

- PHARMACIE SEMLALI  
37 RES HALIMA 1 - M9  
SIDI MOUSSA - SALE  
Tél: 05 37 85 45 60  
n° 1015

37,00 x 3 = 111,0

- Bipolo 2,5

1 - 0 - 1

1 - 0 - 0

3 items

= T = 918,00

PHARMACIE SEMLALI  
37 RES HALIMA I  
N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE  
Tél: 05 37 85 45 60  
INPE = 102084860

PHARMACIE SEMLALI  
37 RES HALIMA 1 - M9  
SIDI MOUSSA - SALE  
Tél: 05 37 85 45 60  
INPE: 102084860

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ  
بيراندوبريل أرجينين / امليوديبين

10 5

حبة 30



269.00 در

# COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd

Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ  
بيراندوبريل أرجينين / امليوديبين

10 5

حبة 30



269.00 در

# COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd

Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ  
بيراندوبريل أرجينين / امليوديبين

10  
5

حبة 30



269.00 در

# COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de périndopril correspondant à 10 mg de périndopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd

Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland

Conditionnement : SERVIER MAROC

Site de production

Zone industrielle

Aéropole Nouasser

**BIPROL®** 2,5 mg  
Bisoprolol  
POLYMÉDIC

**30**

COMPRIMÉS PELLICULÉS  
SÉCABLES

**VOIE ORALE**

37,00 Fr.

POLYMÉDIC

30,00

**BIPROL®** 2,5 mg  
Bisoprolol  
POLYMÉDIC

**30**

COMPRIMÉS PELLICULÉS  
SÉCABLES

**VOIE ORALE**

37,00 Fr.

POLYMÉDIC

30,00