

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Déclaration de Maladie

M22- 0011151

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUPRAS MOHAMED

160569

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : 38, lot ESSAFA IN 38 APT 2 OUCFA/95A

Tél. : 0663707545

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou 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 : 26/07/2023

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/4/2023	59,50	 INPE: 092010578

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

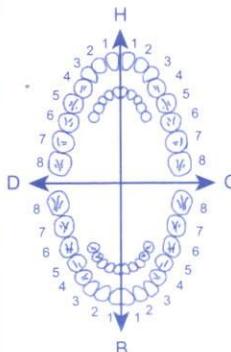
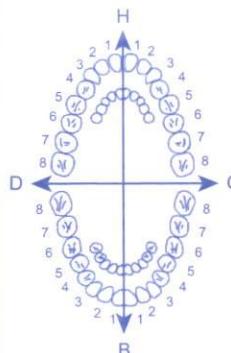
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			Coefficent des travaux	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23050912315210411 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300681413	OUNIBI MOHAMED	09/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	001388	15,00
MUPRAS	Total payé	15,00
QUINZE DIRHAMS		

Reçu établi par : SOU.CHA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 58 138 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient : **OUNIBI MOHAMED**

Entrée 26/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2304261624201022 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300675080	OUNIBI MOHAMED	26/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	NUM STAN:002302 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAL.RAJ



مركز التحديدات

SANS CONTACT



09/05/23 11:27:43
9900398067
93980601
HOP CHEIKH KHALIFA G12
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx4325

CARTE NATIONALE

CB5DBBD337A92AA4

221-0-9999-1-44

MONTANT: 15,00 MAD

NUM TRANSACTION : 013

NUM AUTORISATION: 620559

STAN : 001388

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



26/04/23 15:23:03
9900397978
93979701
HOP CHEIKH KHALIFA G8
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
OUBIBI MOHAMED
xxxxxxxxxxxxx4325
02/24 CARTE NATIONALE
564BECC75E42C57F
221-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION : 529391
STAN : 002302

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/10/2023

OUABIBI MOHAMED:

14,50

1/ ANDOL 1g

1cp 3x/j

2/ NOSPA.

2cp/j

45,00



PHARMACIE AN-NIA
Assifa - Km 18,4A - Oulata
Casablanca - Tel: 0522 93 46 77

59,50

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant EL HASSI GHASSANE

Urologie

011185147

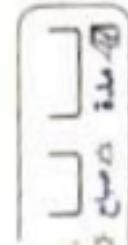
LOT N°: EXP:

٢٠١١٠



COOPER
PHARMA

أقراص
ذكور



فوريت

نو - سبا

كلوريدرات دروطاوريين

20 قرصا - عن طريق الفم

80 ملخ

Médicament délivré sans ordonnance.

دواء مسلم دون وصفة طبية.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

NO - SPA FORTE 80MG
CP 820

P.P.V : 45DH00



LOT : 22E005

PER : 06 2025



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1
BP2611, Ain Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

الدواء مسلم دون وصفة طبية.
يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.
يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

Exipient à effet thérapeutique : laclose.

Composition : Chlorhydrate de drosoavérine 80 mg
A conserver dans l'emballage original, à une température ne dépassant pas 25°C.

- Crampes urinaires
- Règles dououreuses
- Spasmes abdominaux
- Crampes d'estomac et intestinales

20 comprimés

®

No-Spa

Chlorhydrate de
drosoavérine

SANOFI

Forte
80 mg

VOIE ORALE