

# 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

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

M22- 0011151

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3560

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUBIRI MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : 38, LOT ESSAFA IM 38 APT 2 OULFA/ASA

Tél. : 0663707545

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Imbalance

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 : 12/05/23

Le : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
26/04/2023	C.S.		300,00 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/04/2023	59,50	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

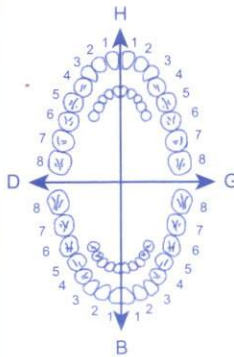
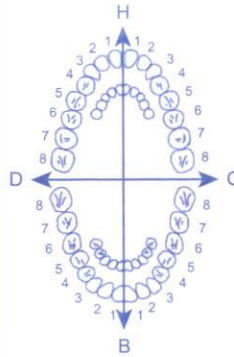
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2305091231521041 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300681413	OUBIBI 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 : SOUCHA



# FACTURE

N° 58 138 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient : OUBIBI MOHAMED

Entrée 26/04/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'UROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	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



## Reçu de caisse

N° : 2304261624201022 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300675080	OUBIBI 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 : SAI.RAJ





مركز النقديات

SANS CONTACT



09/05/23

11:27:43

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12  
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxx4325

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





مركز النقدية

26/04/23 15:23:08

9900397978

93979701

HOP CHEIKH KHALIFA G8

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

OUBIBI MOHAMED

XXXXXXXXXXXX4325

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 : 26/04/2023 .

OUABI MOHAMED:

14,50  
2/ ANDOL 1g  
1cp 3x/j



2/ NOSPA.  
2cp /j  
45,00



صيدلية النسيبة  
PHARMACIE AN-NIA  
Quartier Assafa - Km 18, 4A - Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 93 46 22

59,50

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant EL OMRI GHASSANE  
Médecine



911185147



٧٤١١٥

EXP :  
LOT N° :

Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8 X 10



أقراص فوارة ٧

COOPER PHARMA

مدة صلاحية  
١٠

1000  
ملغ  
عن طريق الفم



فورت

80 ملغ

نو - سبا

كلوريدات دروطافرين  
20 قرصا - عن طريق الفم

Médicament délivré sans ordonnance.  
دواء مسلم دون وصفة طبية.

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

يُحفظ 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, QI-Zenata,

Ain Sebaâ, Casablanca.

المكونات: كلوريدات دروطافرين ..... 80 ملغ  
سواغات ل.ن. قرص واحد.  
سواغات معروف التأثير: لاكتوز.  
يُحفظ في العبوة الأصلية في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

80 ملغ

Composition : Chlorhydrate de drotavérine ..... 80 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Excipient à effet notoire : lactose.

A conserver dans l'emballage original, à une température ne dépassant pas 25°C.

• Spasmes abdominaux

• Crampes d'estomac et intestinales

• Crampes urinaires

• Règles douloureuses

20

comprimés

No-Spa®

Chlorhydrate de  
drotavérine

SANOFI

Forte

80mg

VOIE ORALE