

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° W21-771738

163058

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10120

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TRADY FADOUA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0611-13-16-11

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

31 MAI 2023

VOLET ADHERENT

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MARHABA
ADRIEN ACHOUR
 61, Av. des F.A.R - Casablanca
 Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

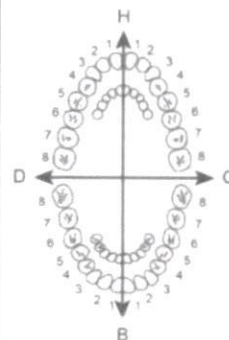
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

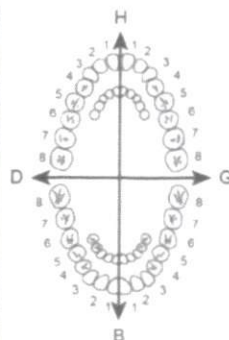
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



Travaux

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



PHARMACIE MARHABA
61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR
Docteur en pharmacie
Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264

Patente:35 101 720

T.V.A :823288

C.N.S.S:1850107

Tél :0522 31 16 40

Le 31/05/2023

FACTURE N°623128

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MME EL HAMRITI YACOUTE

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|--|---------------------------|--------------|------------|----------|--------|
| 3 | SYMBICORT 200/6 AEROSOL | 297,00 | 891,00 | | |
| 3 | VENTOLINE 100 MICROGRAMME | 45,30 | 135,90 | | |
| 2 | SOLUPRED 20 MG X 20 CP | 48,70 | 97,40 | | |
| 2 | NASONEX 120 DOSES GM | 131,70 | 263,40 | 17,23 | 7,00 |
| <div>PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av. des FAR - Casablanca Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69</div> | | | | | |

TOTAL T.T.C :

1 387,70

| | | | | | | |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 263,40 | Montant : | 17,23 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Trois Cent Quatre-vingt Sept Dirhams et 70 centimes.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70



6 118000 060536

OPEN

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70



6 118000 060536

OPEN

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VA MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **TRADY FADOUA**

Matricule : **10120**

N° CIN : **BE5215**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr El Attar Budid**

Spécialité : **pneumologie**

N° ICE :

N° INPE : **09105152**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HATTOUTI YACOUTE**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ > 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant

- Asthme Allergique
- EPR trouble ventilatoire obstructif

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Symbicort + Vanos +**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **7/02/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Rachid EL KHETTAR
Rue Boukraf - Casablanca
Tél : 05 22 49 23 72
ICE : 0015 53300041

PHARMACIE MARHABA
ANNA BOUHOUCHE
Rue des FAR - Casablanca
Tél : 0522 31 10 40 - 0522 31 43 69

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pds p unit
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/1RQ P.P.V.: 297,00 DH
6 118001 020708

SMC
DEC-21
NOV-21

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pds p unit
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/1RQ P.P.V.: 297,00 DH
6 118001 020708

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pds p unit
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/1RQ P.P.V.: 297,00 DH
6 118001 020708

GlaxoSmithKline
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V.: 131,70 DH

Distribué par MSD Maroc
6 118001 150199

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V.: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc