

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

188376

courrier

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : oulada M'Hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0537.6051.47 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M'Hamed Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0042861

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

0045861

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

La pratique est priée de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

CLIENT	NOM OULADA M'HAMED	Mle 191
N°	W16-055916	
Montant engagé	2.095,90	
Nbre de pièces jointes		

La validité de cette feuille est de (3) trois mois
si le règlement est conditionné par la fourniture de tous les
documents par la Mutuelle

Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.
---	---	---

Esidrex 25 mg Hydrochlorothiazide 20 comprimés sécables	Esidrex 25 mg Hydrochlorothiazide 20 comprimés sécables	Esidrex 25 mg Hydrochlorothiazide 20 comprimés sécables	Esidrex 25 mg Hydrochlorothiazide 20 comprimés sécables	Esidrex 25 mg Hydrochlorothiazide 20 comprimés sécables
---	---	---	---	---

Remplir par l'adhérent

Nom & Prénom **OULADA M'HAMED**

Fonction **Retraité** Phone **0537205147**

Mail

MEDICIN

Prénom du patient **M'HAMED**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age **71** Date **21/11/23**

Nature de la maladie **Diabète - surpoids - Cholestérol - Arthrose**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances **NON**

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

200 21

PHARMACIE

Date **21/11/23**

Montant de la facture **1895,90**

PHARMACIE SAWMAAT HASSAN
102070414

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

28 Comprimés pelliculés

LOT : 312
PER : AVR 2026
PPV : 77 DH 20

ANGINIB 50 mg
28 Comprimés pelliculés

6 118000 050636

28 قرصا
مليسا

ANGINIB 50 mg
28 Comprimés pelliculés

6 118000 050636

ANGINIB 50 mg
28 Comprimés pelliculés

6 118000 050636

LOT : 312
PER : AVR 2026
PPV : 77 DH 20

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

PH SAWMAAT HASSAN
MR TAIEB BOUZIRI
1 RUE RIAD HASSAN
RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 07/12/2023

FACTURE N°: 6603

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ANGINIB 50MG /28 CP	77,20	7	231,60
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
5	CARDURA 2MG /30 COMPS	58,50	7	292,50
3	CARTEOL 2% LP COLLYRE	68,80	7	206,40
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	NOCICEPTOL GEL	198,00	7	198,00
1	STERIMAR NASAL SPRAY/GM	94,00	7	94,00

TVA 7%: 91.75

Total : 1 895,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX

CTS

صيدلية سوامات حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الالكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Oulada M'hamed

Le 7.12.2023

4420 Diamicron 60
2920 19/50m fl 3mois

11280x3 Hyperium 1mg
3408 19/50m fl 3mois

3060x5 Isidrex 25 19/5 fl 3mois
1530

1780x3 LD NOR 10mg 19/5 fl 3mois
17340

2820x3 Cardioaspirine 100 19/5 fl 3mois
8320

1980x5 Cardura 2mg 19/5 fl 3mois
2920

1980x3 Nociceptol 1pi/5 fl 3mois
6880

20640x3 Carbetol LP 2% 1gt/matin fl 3mois
7720

2316x3 Angines 50 19/5 p/3mois
940 STERIMAN adelle

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Place Taieb BOUZIRI
de l'Unité Africaine - Rabat
DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
Tél : 05.37.73.11.07
40 Zankat Abdelmoumen - Rabat

189690
DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40 Zankat Abdelmoumen - Rabat
Tél : 05.37.73.11.07

...RECAP. CLIENT ...

PAGE: 1

Client MR ARAFA

Du: 17/10/2023 Au: 05/12/2023

Désignation	Qté	Prix	Montant	Date
ZEPAM 6MG COMPS.30	2	34,70	69,40	17/10/2023
VITA C 1000 LAP.10 CPS EFF.	1	15,30	15,30	
VITA C 1000 LAP.20 CPS EFF.	1	26,90	26,90	
XARELTO 20MG / 28 CPS	3	629,00	1 887,00	
RELAXOL COMPS.20	2	53,10	106,20	
CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	3	27,70	83,10	19/10/2023
XARELTO 20MG / 28 CPS	-2	629,00	-1 258,00	
XARELTO 20MG / 28 CPS	2	375,00	750,00	
AMLOR 5MG 28 COMPS (GM)	1	89,20	89,20	14/11/2023
AVLOCARDYL 40 COMPS/50	2	41,80	83,60	
KARDEGIC 75MG/30 SACHETS	2	30,70	61,40	
TOPIRAMATE GT 50MG B/30CP	2	108,00	216,00	
STERIMAR NASAL SPRAY/GM	1	94,00	94,00	24/11/2023

Total Montant 2224.10

Mt Remise: 205.13

Mt à Payer: 2018.97

Imm. ZEVACO, 101 FAIR
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
30 comprimés



6 118001 130160

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



6 118001 130153

3 331300 097214 >

LOT



FE3091B
M: 2023/04
2026/04



1082 9011

LOT PUC: 198.00DH



0248
2025-11

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV: 2021/11/0

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg · O
Boite de 30 comprimés

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg · O

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg · O
Boite de 30 comprimés
PPV: 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217



COOPER
PHARMA

LOT : 231285

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217



COOPER
PHARMA

LOT : 231285

EXP : 09/2026

57,80

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217



COOPER
PHARMA

LOT : 231286

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

CARDURA® 2 mg ~~⊗~~

20 Comprimés



18,150

CARDURA® 2 mg ~~⊗~~

20 Comprimés



18,150

CARDURA® 2 mg ~~⊗~~

20 Comprimés



18,150

CARDURA® 2 mg ~~⊗~~

20 Comprimés



18,150

CARDURA® 2 mg ~~⊗~~

20 Comprimés



18,150

LOT N°: 0 E 4 6 0 8 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

18,150

P.P.V:

5 0

09366003/5