

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

M22- 0022586

196136

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAMRANI OMAR
Date de naissance : 06-07-1951
Adresse : 57 rue de la Paix 207 BELVEDERE CASABLANZA
Tél. : 0661586727 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2024
Nom et prénom du malade : LAMRANI OMAR 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 : CASABLANZA Le : 07/07/24
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

8/11/24

648,10

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

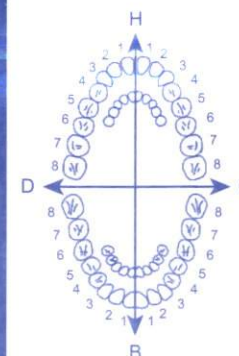
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echographie Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السامي
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: LAHMAN

Casablanca, le

15 SEP. 2023

31,30x4 Zupric 20 Trois (03) Mois
138,10x4 Aspirin 100 Trois (03) Mois
56,80x4 Albactone 500 Trois (03) Mois
27,70x4 Clozapine 100 Trois (03) Mois

Pharmacie Almassina
51, Rue Sghal Ben Ahmed
Tél: 022 24 20 54
Fax: 022 24 20 54

356 زقة مصطفى المعاني (قرب زقة أكادير) - الدار البيضاء
356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinetsoulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96
CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

70,00 x 14
Cité Pasteur 10-07
14-07-07

Traitement de
Trois (03) Mois
00,28 V

LABORATOIRE
D'ANALYSES
CHIMICO-BIOLOGIQUES
S.A. - D.S.A.
Rue de la Liberté 19-00
Tél: 022.24.83.54

صيدلية المسيرة
PHARMACIE ALMASSIRA
BENIOUSSA Ouataa
Docteur en Pharmacie
51, Rue Rahel Ben Ahmed
Tél: 022.24.83.54
Fax: 022.24.85.44

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INP : 091130922

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAM RABIA Omar

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

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA + Angor + Dyspn

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Zylinc 200 - TAN ZARZ 100 -
Cachet Agnie 100 - C. Valshe 100

Edith O.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Le 15/09/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

* 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 communiquées

PHARMACIE AL MASSIRA
BENMOUSSA L OUAFABE
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE
DINAND

Tél : 0522248054

08/01/2024

LAMRANI OMAR

FACTURE N° : 537 du 08/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	ZYLORIC 200 COMP	31,30	93,90	7%
3	TANZAAR 100 MG 28 CPS	138,10	414,30	0%
1	ALDACTONE A FORTE 50 MG	56,80	56,80	0%
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG BT 30	27,70	83,10	0%
Total TTC			648,10	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SIX CENT QUARANTE HUIT DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	87,76	6,14	93,90
0%Ar92	0,00	554,20	0,00	554,20
		641,96	6,14	648,10

Dr. Ahmed Ben Moussa L. Ouafae
Tél : 0522 24 80 54 Fax : 0522 24 80 44
GSM : 06 99 51 63 69
INPE:092007814

Zylor

allopurinol

20

28 comprimés
Voie orale

LOT 231793
EXP 05 2027
PPV 31.30

x 2 Ged



Sous licence de ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspen

LOT 223945
EXP 11 2026
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg

Bouteille de 100 comprimés
A.M.M. N° 83 (IMP/21/INT)
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022268

x3 Ged

138, m

6 118000 071563



TANZAAR 100 mg
28 comprimés pelliculés



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



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



6 118001 090280

x3 Ged

PPV: 70DH00
PER: 03/25
LOT: M987