

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

198308

Déclaration de Maladie

M23- N° 0035334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1247 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : THAILI ZINEB
Date de naissance : 24/02/48
Adresse : Hayouga Rue 22 Nissini N18/20
Tél. : 0669478487 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2024
Nom et prénom du malade : THAILI ZINEB Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Cancer + cholest
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 : ACCUEIL Le :
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
20/07/24	cs + and c			
	INPE= 071056832			

20/04/24 cs. and C
INPE= 07105832

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MACHFAA Dr.Mohamed NABIH Lot.Idrissia N°68.Sidi El Aidi Settat Tel:05.23.40.57.91/INPE:062077359	20/02/24	734,90

Date _____

Montant de la Facture

PHARMACIE MACHFAA
Dr.Mohamed NABIH
Lot.Idrissia N°68.Sidi El Aidi Settat
Tel:05.23.40.57.91/NPE:0620773599

20/02/24

734,90

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

LM

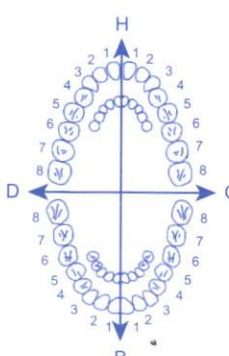
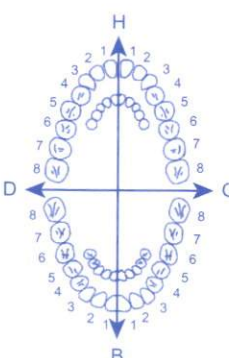
	Montant détaillé
IV	des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient:

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

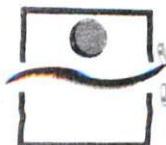
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وزارة الصحة
+٩٦٣٠١١٠٠٠٠٠٠٠٠
Ministère de la Santé

Dr BOUMIA Mariama

Medecine Générale

Medecin Chef du Dispensaire

Sidi El Aidi Province Settat

ORDONNANCE

7^{me} THAIU LINEB

le: 20/09/24

- 79,70 ① **SV** Aspir 500mg 14p1j x 3j
42,20 ② **SV** Ventoline 2p x 2j x 15j
2 x 98,50 ③ **SV** Indor 1ij euslc 1j
83,50 ④ **SV** Rhinoclaya 1p1un x 3j
2 x 140,00 ⑤ **SV** mabo 19px 2j x 1m
22,20 ⑥ **SV** Codolupine 14px 2j
30,30 ⑦ **SV** Tense offe 18te x 4j

734,90

PHARMACIE MACHFAA
Dr. Mohamed NABIH
Lot. Idriissia N°68, Sidi El Aidi Settat
Tél: 05.23.40.57.91/NPE: 062077359

Dr. BOUMIA Mariama
Medecin
Sidi El Aidi
Dispensaire

mebo

0.25% W/W β -sitosterol

30

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

Pomade à base de plan

Composition:Extrait de l'huile de sésame (β -Sitostérol)..... 81-85 /100g

Excipient QSP tube de 30 g

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires,

PPV: 140,00 Dhs

AMMN*

جلفار

ميبو

0.25 w/w % بيتا-ستيوستيرول

30

مرهم بخلاصة الأعشاب

الحروق | الجروح | تقرحات الجلد

PPV: 140,00 Dhs

AMMN*:318/

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La p

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Excipient

81-85 /100g QSP tube de 30 g

Composition:

PPV: 79DH70

PER: 09/26

LOT: M3092



أيكومب®
Icomb®

Lot: 7 F 0 1 4 2
Fab: 0 5 2 2
Exp: 0 5 2 4

PPV: 30 DH 30

PFV: 22DH20
PER: 07/25
LOT: M2563

REF: ACL 470 196.9
CM: 172330.7

ne 89 a

E

59



LOT: 30838
PER: 04/2026
PPC: 83,50DH

Lot

X87K

EXP

04 2025

PPV

42,20 DH

هيبور®

بيميبارين الصوديوم

3500 وع مضادة Xa/0,2 مل

حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد



2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

LOT N°:

23204A

EXP:

01 2025

P.P.V.:

98,50 DH

هيبور®

بيميبارين الصوديوم

3500 و ع مضادة Xa/0,2 مل

حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل



LOT N°:

23204A

EXP:

01 2025

P.P.V.:

98,50 DH