

## 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° W21-634102

198853

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAFOI Habima

Date de naissance :

24 Février 1988

Adresse :

151 Bd Ne II Route Boukhara

Tél. :

06 62682650

Total des frais engagés :

813,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

13-02-2024

Nom et prénom du malade :

HAFOI HABIMA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

L'arthrose

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 :

N° 312

Le :

13/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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



# 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 :

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**Pharmacie Berrechid**  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068

**Pharmacie Berrechid**  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068

# 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

AM

PC

IM

IV

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

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

LOT

PVC: 198.000H

C258  
2025-12

CNK 3259-850



3 401020 354451

ADGLETN101 - REV: 2022/09/E

IT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de sport



Pharmacie Berrechid  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

ICE : 001898108000064  
E-mail : docsilialaab@gmail.com

Berrechid, le : 14/02/24

Halima Hafou.

28.80  
+ Vitaneofaut 2x2 1/8 S.V.  
+ 194.00  
+ Mydoflex 1x2 S.V.  
+ 28.80  
- Codamol plus 1x3 S.V.  
47.90  
- Algyxene 2x2 1/2 S.V.  
49.30  
+ oedex 1x2 S.V.  
29.10  
\* Dolifen 1x3 S.V.  
198.00  
+ Noiceptal 1x2 S.V.  
37.70  
Pharmacie Berrechid  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068

87, شارع مولاي اسماعيل - برشيد - الممول - 06 61 32 50 34  
93 Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

513,60



الحمد لله كامل القدر

المساحة  $2x$  الشئ

الرافة  
سواء صرغ - طرغ  
سواء صرغ - طرغ  
سواء صرغ - طرغ

النساء صنفون منسباً

الحمد لله

القلم الحبر

# فيتانفريل قوي 100 ملغ بنفوتيامين

PPV

LOT

PER

**VITANEVRIL® FORT**

30 comprimés pelliculés

28,80

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4073  
MFG: 10/2022  
EXP.: 10/2025  
PPV: 94Dhs00



**MYDOFLEX® 150 mg**  
Tolpérisone HCl  
30 Comprimés pelliculés



LOT/EXP.:

HJ4689  
06/2028  
P.P.V.: 37DH70

**CODAMOL PLUS**  
16 comprimés effervescent  
P.P.V.: 28,80DH



مختبر كالمينكا - م.ص. أولاد صالح  
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

هذا الدواء  
د.  
ك. استشر  
ك. إعطاه  
عوارضك

100 ملغ  
ص واحد  
دون خطر

تأثير على

تخفيض في  
الامتصاص،  
بالحقن و  
أب الأعصاب

الأم.



1. الش  
علية  
الرجاء  
احت  
إذا  
الطبيب  
لقد  
للآخر  
2. الت  
بنفوت  
السواء  
قائمة  
عند  
3. الص  
ينتسب  
الجهاز  
4. الوصف

LOT: 0623079  
PER: 03/2028  
PPV: 47.90 DH

47,90

المقدار:  
2 إلى 4 أقراص خلال 24 ساعة.  
في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك  
طريقة الاستعمال:  
عن طريق الفم  
مدة العلاج:  
تقيدوا بوصفة طبيبك

LOT 220288  
EXP 09/2024  
PPV 52.80DH

COOPER PHARMA  
PPV: 49,30 DH

oméprazole

**OEDS**

**Doliten**<sup>®</sup>  
Ibuprofène  
**600 mg**



Douleurs et

bottu<sup>1/4</sup>

**30** Comprimés  
pelliculés

Voie orale

PPV: 29DH10  
PER: 08/25  
LOT: M2842

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Cas  
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables