

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.

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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

Déclaration de Maladie

N° W21-820046

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11109 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES

Date de naissance : 09-06-1973 200612

Adresse :

Tél. : 0681871178 Total des frais engagés : 316,513 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Anwar ARMEL
Anesthésiste-Réanimateur

Date de consultation : 22/03/2024

Nom et prénom du malade : JABBAR Rayan Age : 16 ans

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

Nature de la maladie : Bronchite

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) :

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
26/3/2024	CS		Grat	INP : 09112848815 Dr. Anya ATAMEL Anesthésiste-Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MAZOLA AZZOUZ Intissam Rue 4 Mazola ssani - Casablanca 22 93 36 89</p>	22-1-2024	318,50

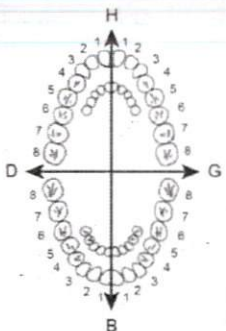
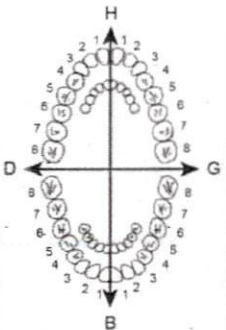
[illegible][illegible]

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	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>0000000 0000000</p> <p>D ————— G</p> <p>0000000 0000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 22/03/2024 في الدار البيضاء،

Mf = 14 ans.

M. JABBAR Rayan

116.00 1; Neoclar 18. 2/7
42.70 1 Seche 2/5
45.30 2; Venolite gray (2 Builes).
115.00 2 bffa 4/7
3; Avamys.
2 pulverisation 2/7

Pharmacie MAZOLA
N° 51 Rue Hassan II
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 28 36 89

Pharmacie MAZOLA
N° 51 Rue Hassan II
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 28 36 89

Dr. Anwar ARMEL
Anesthésiste-Réanimateur



Ventoline

SALBUTAMOL

V
10'
Sur
en

/dose

alation

urisé.

10l
20,50 µg*
à
1*

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

EXP

PPV

T U S P

03 2025

42,20 DH

NEOCLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour suspension buvable
en sachet*

16

Sachets

Voie orale



PHARMED
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

LOT : 4179

PER : 05-25

P.P.V : 116DH00

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

NE3D
01 2025
EXP
45,30 DH

Lot
EXP
ppv

ID: 652641

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

118001142262

Liste I - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation
 Suspension pour pulvérisation nasale
 Furoate de fluticasone