

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 069140

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société : ND: 27645

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULADA M'HAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0532205147 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OULADA M'HAMMED Age :

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

Nature de la maladie :

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 N° P19-069140

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 :

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

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

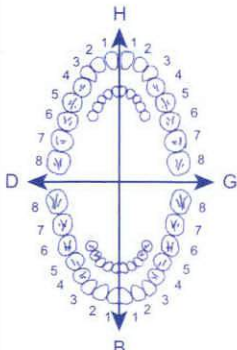
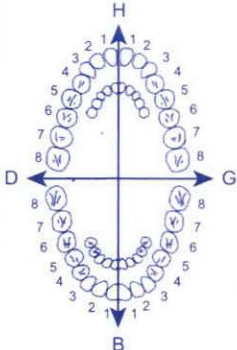
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
La praticien est prie 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 Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins			
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	(Creation, Remont, adjonction) Frais bonnet thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis													
			Fin de													
<table border="1"> <tr> <td>VOLET ADHERENT</td> <td>NOM</td> <td>Mle</td> </tr> <tr> <td>DECLARATION N°</td> <td>W16-055916</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces jointes</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					VOLET ADHERENT	NOM	Mle	DECLARATION N°	W16-055916		Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes			
VOLET ADHERENT	NOM	Mle														
DECLARATION N°	W16-055916															
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes														
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 191	
Nom & Prénom OULADA M' HAMMED			
Fonction Retraite	Phones 0537 205147		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient OULADA M' HAMMED		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1981	Date 7/3/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Ceci est une intervention pour l'acte			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G+R+Ch		3000	
PHARMACIE	Date 09/03/2020		
Montant de la facture			
164220		INPE : 102070414	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Abdou LOUALI
 Cardiologie Interventionnelle
 Clinique Belvédère
 Ibn Khaldoun, Agdal-Rabat
 Tél: 0537 72 02 50

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 :

MIR OULADA MHAMED

Le : 09/03/2020

FACTURE N°: 5627

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
6	ANGINIB 50MG /28 CP	80.00	7	480.00
6	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22.40	7	134.40
6	HYPERIUM 1MG COMPS 30	113.50		681.00
6	LD NOR 10MG /30 CPS	57.80	7	346.80

TVA 7%: 62.88

Total : 1 642,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE SIX CENT QUARANTE DEUX DIRHAMS ET VINGT CTS

صيدلية صومعة حسن
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tel.: 05 37 72 02 50



127/3/2020

Mr OULAMA A'HANNED

Docteur Abdou LOUALI
Cardiologie Interventionnelle
Vasculaire et Rythmologique
Clinique Belvédère
Av. Ibn Khaldoun, Agdal-Rabat
INP : 101095222

8000x6
430,00
2240x6
13440
1280x6
346,80
11350x6
681,00

Aspirin 50 1g matin
Aspirin 75 1g midi
LORNOX 10g 1g soir
Hypericum 1g soir

9 sp Bois (six)

1642,20

Docteur Abdou LOUALI
Cardiologie Interventionnelle
Vasculaire et Rythmologique
Clinique Belvédère
Av. Ibn Khaldoun, Agdal-Rabat
INP : 101095222

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

Tél.: 05 37 72 02 Clinique Belvédère

Centre Cardiologique de Rabat

Avenue Ibn Khaldoun (à côté du Consulat d'Espagne), Agdal - Rabat 10090

Tél.: 05 37 77 89 89 / 05 37 77 84 84 - Fax: 05 37 77 83 83

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

02 404 55 27

Lot n° - رقم المجموعة

à utiliser avant : - يستعمل قبل

02 404 55 27

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

LOT: 218
PER: OCT 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

LD-NOR[®] Atorvastatine

Comprimés pelliculés

30 x



10 mg

Voie orale

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LD-NOR[®] Atorvastatine

Comprimés pelliculés

30 x



10^{mg}

Voie orale

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1

UNH202V
11-95-10

30
30

75

ASKARDIL®
كارديلا

DIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

22DH40
11/2021
90039 1