

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0000693

ND: 79740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425 Société : Ram

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARAKI Mehdi

Date de naissance : 1/1/28

Adresse : Rue Ahmed EL Kadmini Riviera

Casa

Tél. 0522238211 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : Lorod Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchopneumopathie chronique

En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : Detour HDA en ABA + Ecchymose

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
28/05/2021	Généraliste			Dr Amal ELAMRANI CARDIOLOGUE Clinique Californie Bd Panoramique Californie Tel: 05 22 55 53 43

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEYROUTH 99 Bis - Rue Beyrouth Hay - Leayoune Tel: 05 22 55 53 43	28-05-2021	17121,10

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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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





Dr Loraki Nehdi

Le 28 Mai 2021

256,00 x 28 = 7168

Tazocilline 4g x 3h

3778,00

Zyvoxist 600mg 1cp x 2h

PHARMACIE BEYROUT  
99 Bis, Rue Beyrouth  
Hay L'Hayoun  
Tél: 0522 50 80 80

7,40 x 2 = 14,80

Lesilix 20mg 1A x 3h

1096,00 x 3 = 3288

Albumine humaine 1 flacon

60,00 x 3 = 180,00

Heplex 1AB x 2h

140,00 x 2 = 280,00

Nebopommade 1cp x 2h

55,30 x 2 = 110,60

Oropropolis 1cp x 2h

140,00 x 2 = 280,00

Occlus 20mg 1 gel (GM)

960,00 x 2 = 1920,00

Elipris 21mg 1cp x 2h

6,80 x 3 = 20,40

Levokypox 25mg 1cp

50,70 x 2 = 101,40

Cardesrel 21mg 1cp

99,00 x 2 = 198,00

Begauthene 1cp x 2h

79,50 - Zetelax 1 tube eulode Coughpator

314,00 x 2 = 628,00

Keffio 250mg 1cp x 2h

13,80 x 2 = 27,60

Haldol 10gatte x 3h

69,30 x 2 = 138,60

Natipon 1 bouffée sublinguale

45,00 x 2 = 90,00

Tridigest 18h x 2h

101,80 x 1 = 101,80

Corelryl 5mg 1cp

17121,10

DR Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 0522 50 80 80



TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

6 118001 100859  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859  
Cardensiel 2,5 mg  
Comprimés pelliculaires sécables B/30  
PPV: 50,70 DH  
7862160238  
7862160246

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 314,00 DH  
ID: 646506  
6 118001 142590

Cardensiel 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 314,00 DH  
ID: 646506  
6 118001 142590

LOT: 201160  
PER: 04-2023  
PPV: 140,00DH

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

Amanys Pharma  
Ain El Aouda, Rabat  
AMM N°: 192/20dmp/ NRQd  
PPV : 1096,00 DH  
ID: 647251  
6 118001 330072

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
5500912984

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

Amanys Pharma  
Ain El Aouda, Rabat  
AMM N°: 192/20dmp/ NRQd  
PPV : 1096,00 DH  
ID: 647059  
6 118001 330072

20mg/2ml  
LOT 0026  
PER 07 23  
PPV 7.40 DH

20mg/2ml  
LOT 0026  
PER 07 23  
PPV 7.40 DH

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

Amanys Pharma  
Ain El Aouda, Rabat  
AMM N°: 192/20dmp/ NRQd  
PPV : 1096,00 DH  
ID: 647251  
6 118001 330072

BN : 2010437  
EXP: 10-2023  
PPC: 99,00DH

BN : 2010437  
EXP: 10-2023  
PPC: 99,00DH

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

TAZOCILLINE 4gr/500mg  
P.P.V : 256DH00  
6 118001 171033

OROPROPOLIS  
BAUME BUCCO-GINGIVAL  
Nourrissons - Enfants - Adultes

Lot: 1380  
Per: 07/2023  
PPV: 1380

Lot: 028  
À utiliser de préférence avant le: 04/2025  
PPC: 79,50 DH

اليكويس 2.5 مجم  
P.P.V.: 960,00 DH  
EXP: 07/2023  
LOT: EW8129  
6 118001 170937

FERPLEX® 40 mg  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016


ZYVOXID 600MG 10 CPS  
P.P.V : 3778DH00  
6 118001 171019

MEBO 0,25%  
Pommade dermatique  
Tube de 30g  
PPV: 140,00 Dhs

FERPLEX® 40 mg  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

NATISPRAY 0,30mg  
Solution (18ml)  
BOTTU S.A PPV : 69DH30

PPV: 140,00 Dhs

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>Dr Amale Elamrani</i>
Certifie que Mlle, Mme, M :	<i>Mme. M. Elamrani</i>
Présente	<i>trouble neurologique sévère patient A. Elamrani</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<i>cardiologue</i>
<div style="text-align: right;">   <b>Dr Amale ELAMRANI</b>  <b>CARDIOLOGUE</b> </div>	
Dont ci-joint ordonnance :	<i>Oui</i>
(à défaut noter le traitement prescrit)	