

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-681832

117061

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13181 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EP. ALAMI Benchad Nizar

Date de naissance : 11/11/1994

Adresse :

Tél. : 0658-367226 Total des frais engagés : 535,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EP. ALAMI Benchad Nizar

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 : 31/05/2022

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
30 MAI 2022				INP : 091000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Kenan LAMOUASNI Khaoula Docteur en Pharmacie 34, Rue Mohamed V ex-aviateurs Oasis Casablanca - Tel 0522994975	30.05.2022	351.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

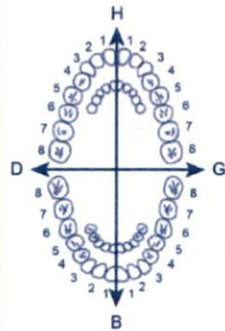
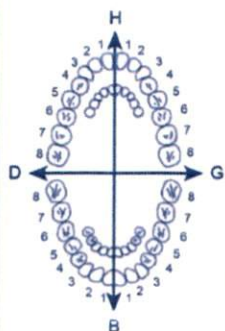
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			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"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الغزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Dr. ARAOU BENHAD ADER

Casablanca, le : 30 MAI 2022 : في الدار البيضاء، في

113.70

Raucephex 20

SV

19 x 3/1

أرضي

98.90

Gaviscon sa

SV

12 x 3/1

أرضي

45.00

Nosofat

SV

19 x 3/1

أرضي

78.00

Betasuc

SV

17 x 3/1

335.60

Pharmacie Ernest Renan
SARLAI LAMEDICALE PHARMACIE
Dr LAMOUANI Khaoula
Docteur en Pharmacie

Ahmed Akraoui ex-aviateurs Oasis
Casablanca 0522994975

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

LOT : 21E004
PER: 06 2024
NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DH00



6 118000 061816

LOT
EXP

ADD086
09/2023

3166531

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 98 DH 90

GAVISCON
ADVANCE

معلق عن طريق الفم في أكياس بنكهة النعناع

**SUSPENSION BUVALE
EN SACHETS GOÛT MENTHE**



6 118001 151486 >

20 x 10ml 20 x 10 مل

Composition:
Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg
Excipients (s.p. un comprimé).
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

التركيبية:
رابيدرازول الصوديوم 20 ملغ
المكونات (س.م. حبة واحدة):
الاستخدامات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة
والتدابير الاحتياطية: اقرأ النشرة الداخلية.
يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،
بعيداً عن الرطوبة.

05/2018-C

5186189

RANCIPHEX® 20 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300808

BETASERC 24 MG
CP B30



6 18000 012641



GTIN: 16118001300805
Lot No: PTC5094A
EXP.: 08/2023
S.N.: IK10RBF69EB1Q1



LOT 22E004

PER 02 2025

