

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

M22- 0007752

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : 128293

Nom & Prénom : H LILA HAKIMA

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse : 179 Bd BRAHIM ROUDANE

Ap. 20 Madinet CHA

Tél : 0661 17865

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : H LILA HAKIMA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 08/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
08/08/22			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/22	387,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

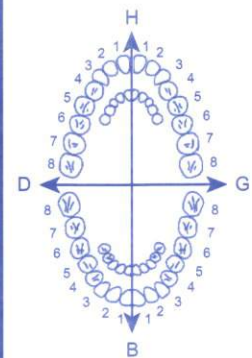
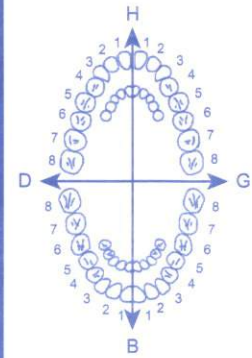
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 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> </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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 08/08/2022

ORDONNANCE

Docteur :

LOT : 22E001V
PER : 12 2024
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80
6 118000 060345

Hlila Hakima

22,80 x 3

1) Cortancyl 5mg

LOT : 22E001V
PER : 12 2024
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DHP
6 118000 060345

50,70 x 3

1 - 0 -

2) Cardenal

LOT : 22E001V
PER : 12 2024
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80
6 118000 060345

27,70 x 3

1 - 0 - 0

3) Cardaspirine 100 mg

14,00 x 6

4) Delphac 1000 mg

387,60

traitement 3 mois



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Consulte d'autres présentations. Demandez

Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



b bottu s.a.
82, Allée des Cassagnas - Ain Seïda - Cissablanca
S. Bachouchi - Pharmacie B...

Consulte d'autres présentations. Demandez

Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



Doli

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1826



b bottu s.a.
82, Allée des Cassagnas - Ain Seïda - Cissablanca
S. Bachouchi - Pharmacie B...

Pharmacie BAYT AL FATH - Casablanca

Aliaa FASSI FIHRI

0522344753

RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA , CASABLANCA



Facture N° 20220809-700

Date de vente : 08/08/2022
Médecin traitant :

HLILA HAKIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	6	14,00	TVA (7.00%)	84,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	3	50,70	Exonéré (0.00%)	152,10
CORTANCYL CO 5MG B30 COMP	3	22,80	Exonéré (0.00%)	68,40

Total HT	382,10 DHS
TVA	5,50 DHS
Total	387,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingt-sept
DHS et soixante centimes

Pharmacie Bayt Al Fath
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausile
Ain Sebba Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 06 24 02
E-mail: aliaa.fassi@baytalfath.ma