

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

M22- 0028359

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAHINE Ahmed
 Date de naissance : 04/01/1952
 Adresse : Sidi Ouhman B20 n° 49 Casa
 Tél. : 06 78 99 4142 Total des frais engagés : 4474,86 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : pathologie Néoplasme
 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 : 13/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le soin des Actes
13/07/2021	C.S	G		
20/7/2021	C.J	G		

[illegible]

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
<div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px; transform: rotate(-45deg);"> Signature Honnête </div>			

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Caches et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>M. [Signature]</i>	chimiothérapie					2452,43
<i>M. [Signature]</i>	chimiothérapie					2023,43

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
M. [Signature] N° de Sid : 05 39 76 66 ICE : 0019558-0000074	chimiothérapie					2451,43
M. [Signature] Médecine Multidisciplinaire HÔPITAL TANGER Région Tanger-Med, TANGER Tél : 05 39 76 66 ICE : 0000074	chimiothérapie					2023,43

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Imp Maphar
Veu Ed Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Navelbine 10mg ai b10x1ml c
PH : 1407,00 DH

hies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

S 6 118001 181773

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Imp Mapfar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Veu Sidi Bernoussi, Casbah

Imp Maphar
Veu Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Navelbine 10mg ai b10x1ml c
PH : 1407,00 DH

hies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

6 118001 18177

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A circular protractor diagram with degree markings. The top is labeled 'H', the left 'D', and the bottom 'B'. The markings are as follows:

- Top (H): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (clockwise from center)
- Bottom (B): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (counter-clockwise from center)
- Left (D): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 (clockwise from center)
- Right: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 (counter-clockwise from center)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



160063335

TANGER Le : 13-07-2022

Facture N° 01297/22/ONCO

A. Identification

N° Dossier : COT22G13104339

N° Identifiant : 000329/22

Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2022

Date Sortie : 13-07-2022

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Traitement : CHIMIOThERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	FORFAIT CONSOMMABLE		52,50			52,50
1	PHARMACIE		1 398,93			1 398,93
Total Rubrique :						1 451,43
PRESTATIONS						
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						2 451,43
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						2 451,43
TOTAL GENERAL						2 451,43

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Polyclinique Multidisciplinaire
SPARTEL
11 Rue Sidi Amar, TANGER
Tél : 05 39 93 77 66
ICE : 001955650000079

CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaires SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66

أوميرازول نورمون 40 مغ أوميرازول مسحوق من أجل محلول التسريب

عن طريق الوريد
محفد للتسريب 1 قنينة

الرجو احترام الجرعات الموصوفة



IBERMA

Omeprazole Normon® 40 mg poudre
pour solution pour perfusion
1 flacon.



6 118001 220342

OMEI40FAS/1

Importé par le laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI Lot 149 Had Soudani- Maroc
Sous licence laboratoire pharmaceutique NORMON, S.A. Espagne
NADIA IBTAFET : Pharmacien responsable

Omeprazole Normon® 40 mg poudre pour solution pour perfusion

Voie intraveineuse
1 flacon lyophilisé
pour perfusion



Ne pas dépasser
la dose prescrite



NORMON

Composition:

Chaque flacon contient:

Omeprazole (D.C.I.) 40 mg.

Hydroxyde de sodium, Edétate disodique dilué et eau pour injectable q.s.
Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.

Tenir hors la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Sous ordonnance médicale. Usage hospitalier. Tableau C (Liste II).

N° AMM: 16/19 DMP/21/NRQ

HG
HOSPITAL

15

Lot R8XN1
EXP 12-2022
PH 29,90 DH

أوميرازول نورمون 40 مغ أوميرازول مسحوق من أجل محلول التسريب

عن طريق الوريد
محفد للتسريب 1 قنينة

الرجو احترام الجرعات الموصوفة



IBERMA

Omeprazole Normon® 40 mg poudre
pour solution pour perfusion
1 flacon.



6 118001 220342

OMEI40FAS/1

Importé par le laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI Lot 149 Had Soudani- Maroc
Sous licence laboratoire pharmaceutique NORMON, S.A. Espagne
NADIA IBTAFET : Pharmacien responsable

Omeprazole Normon® 40 mg poudre pour solution pour perfusion

Voie intraveineuse
1 flacon lyophilisé
pour perfusion



Ne pas dépasser
la dose prescrite



NORMON

Composition:

Chaque flacon contient:

Omeprazole (D.C.I.) 40 mg.

Hydroxyde de sodium, Edétate disodique dilué et eau pour injectable q.s.
Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.

Tenir hors la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Sous ordonnance médicale. Usage hospitalier. Tableau C (Liste II).

N° AMM: 16/19 DMP/21/NRQ

HG
HOSPITAL

15

Lot R8XN1
EXP 12-2022
PH 29,90 DH



PH : 400 DH 00



Ondansétron GT[®]

8 mg/4 ml

Voie I.V. ou I.M.
5 ampoules injectables
de 4 ml dosées à 2 mg/ml



TECNIMEDE GROUP



FARMOZ S.A.

Lot: 3052

Per: 12-2024

Lot:

Per:





Séjour : Du 13/07/2022 au 13/07/2022
Patient : M. CHAHINE AHMED
N° Dossier : COT22G13104339
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUCARB 450 MG	602,00 Dh	1	602,00 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA	2,23 Dh	1	2,23 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	14,00 Dh	3	42,00 Dh
NAVELBINE 10 MG/ML	140,70 Dh	4	562,80 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
ONDANSETRON GT 8MG/4MG	80,00 Dh	2	160,00 Dh
			1 398,93 Dh

Polyclinique Multidisciplinaire
SPARTEL
11 Rue Sidi Amar, TANGER
Tél : 05 39 93 77 66
ICE : 001955650000079

CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaires SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66



160063335

TANGER Le : 20-07-2022

Facture N° 01392/22/ONCO

A. Identification

N° Dossier : COT22G20104734

N° Identifiant : 000329/22

Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-07-2022

Date Sortie : 20-07-2022

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Traitement : CHIMIOThERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	FORFAIT CONSOMMABLE		52,50			52,50
1	PHARMACIE		970,93			970,93
Total Rubrique :						1 023,43
PRESTATIONS						
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						2 023,43
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						2 023,43

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE VINGT-TROIS DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Polyclinique Multidisciplinaire
SPARTEL
11 Rue Sidi Amar, TANGER
Tél : 05 39 93 77 66
ICE : 001955650000079

CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaires SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66



Séjour : Du 20/07/2022 au 20/07/2022
Patient : M. CHAHINE AHMED
N° Dossier : COT22G20104734
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
CHEMOSET 8 MG CP	23,60 Dh	10	236,00 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA	2,23 Dh	1	2,23 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	14,00 Dh	3	42,00 Dh
NAVELBINE 10 MG/ML	140,70 Dh	4	562,80 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
ONDANSETRON GT 8MG/4MG	80,00 Dh	1	80,00 Dh
SERUM SALE 250 ML INJECTA	9,00 Dh	2	18,00 Dh
			970,93 Dh

Polyclinique Multidisciplinaire
SPARTEL
11 Rue Sidi Amar, TANGER
Tél : 05 39 93 77 66
ICE : 001955650000079

CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaires SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66