

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- 0034745

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAID LARBI
Date de naissance : 01.01.45
Adresse : 90 My ALMAHDI BP440
MONTE ARRUIT (NADOR)
Tél : 06 61153808 Total des frais engagés : 919,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur ZAID Driss Néphrologie**
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
Rue Abdou Rostand - Oasis
Date de consultation : 3/10/2022
Nom et prénom du malade : Zaid Larbi
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : R. stationnaire
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Mohammed V et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 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
31/10/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
31/10/22		919,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

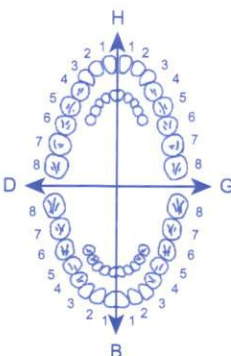
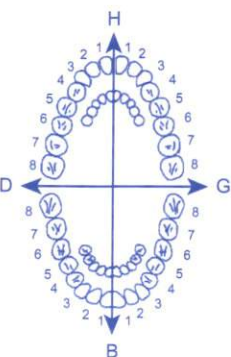
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B		G		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
B		G																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				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



M22-0034745

CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE
AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

31.10.2029



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

M. Zaid Loub-

Traitement de 03 mai

113.30 x 6

Permecon 160

1cr x 2/j



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales-Dialyse
Al Hayat Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Casablanca





Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30



Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30



Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30



Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30



Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30



Permixon 160 mg
30 GELULES

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaa

Casablanca - Maroc

maphar

Pierre Fabre



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

علبة من 30 كبسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
نيموكسون

153,30