

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

N° W21-712680

145365

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11004 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MERANI NEJIAA

Date de naissance : 26 oct 1977

Adresse : 6, Rue de la mutualité Racine CASABLANCA

Tél. : 0661319760 Total des frais engagés : 709, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MARFOU IMRAN

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION ORL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/11/22

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

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 |
| 25/11/2022 | | C.S. | 2000DH | INP : 091047027 Dr. Wat. Bouskoura Spécialiste Maxillo-faciale |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie Zemmouri Km. 16, Route Secondaire 109, Douar Fokra Bouskoura | 25/11/22 | 509,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 : Veuillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. BEN MALEK WAFÄÄ

Specialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale

ex chef de service à l'hôpital ben M'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن أمسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي



asablanca, le 25/11/2022
Pharmacie Zemmama
Km. 16, Route Secondaire
109, Douar Fokra Bouskoura

Levamisol 500

1 cp 3 fois x 10

Anapred 20 mg

1 cp / 12 le matin x 6 j

otomax nasal baby

1 pulvérisation 3 fois x 10

Tenderex

1 cm (5 ml)

وسط الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم 2، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Raoudi Bani, 2

Tél. : 05 22 78 25 20 - GSM : 06 29 95 04 - Gmail : orl.bouskoura@gmail.com

Anapred 20 mg
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

LOT: M0829
PER: 07/2024
PPV: 40,90DH

مختبرات ديفا للصيدلة

INS :

decin.
نواعي
الجرعات
ويجوز
ومعتدل
l'abri

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg



6 118000 032861

مختبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21, رزقة الأول
BOULEVARD D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D028 1
EXP 05/2024

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg



6 118000 032861

مختبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21, رزقة الأول
BOULEVARD D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D028 1
EXP 05/2024

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg



6 118000 032861

مختبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21, رزقة الأول
BOULEVARD D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D028 1
EXP 05/2024



LOT



8 016887 000134

OTOSAN®

Effetto
Efecto
Absch
Effet d
Decon

ISOPHARM

OTOSAN

NASAL BABY

89.10 dhs

NASAL
SPRAY

Baby

برين الاحتقان

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

LOT 104789/FC5

PER 04/2025

PPC 79,90

Sans alcool
Sans sucre

PROCÉDÉ

TOUDEX® Mauve - Cassis



6 111255 810642

Durée d'utilisation :