

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 canalaires, 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 canalaires.

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- 0053988

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM. 245545
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAZRAK SAAD
 Date de naissance : 26.04.53
 Adresse : Rue KERGOMARD Résidence AMBAR Imm. 3
 Appart. N°9 AIN DIAB CASABLANCA
 Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 849,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16.01.2023
 Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique
 Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : IRC
 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 : 16/01/2023
 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
16/11/23		05	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	849,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

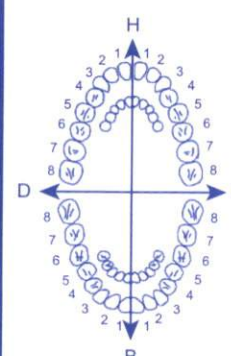
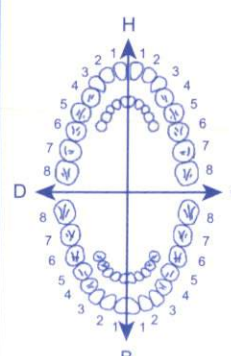
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Casablanca le: 16/1/2023

M¹ Laziz Saad

S.V.

107,70x2

- Caet 1000 0-1-0

polt 2 mois

5780x2

- LD-Nor 10mg 0-0-1

S.V.

polt 2 mois

30,70

- Kardegic 75mg 0-1-0

S.V.

polt 1 mois

244,00x2

- Fer Med 100

1mg / 15 jours

84970

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : ZZE006
PER: 04 2024
6 118000 061847

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukia
15 - 16 Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tel. 022 79 79 01

SIDI ABDERRAHMANE
DJ Roukia
Rue Kergomar
Ambar - Casablanca
022 79 79 01

DR. SOUFIA BOUGRINE
Centre de Dialyse AL HANA
Tél : 05 22 39 33 88

LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة صلاحية زوال حمى


COOPER
PHARMA



LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

عن طريق الفم
10 ملغ

Ⓜ

اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة
نورفاستاتين
زوال حمى


COOPER
PHARMA



1000 mg

Calcium

Calcit®



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 8400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021588

EXP FEV 2025

1000 mg

Calcium

Calcit®



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 8400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021588

EXP FEV 2025

FerMed® 100 mg/5 ml **فيرميد®**

Solution pour injection /
Solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /
محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكروز

A utiliser par voie intraveineuse.
Lire la notice avant utilisation.

يستخدم عن طريق الوريد
اقرأ النشرة قبل الإستعمال

Solution pour injection ou
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /
محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فئة 5 مل

MEDICE

MEDICE



Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml



P.P.V. 244 000H

FerMed® 100 mg/5 ml **فيرميد®**

Solution pour injection /
Solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /
محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكروز

A utiliser par voie intraveineuse.
Lire la notice avant utilisation.

يستخدم عن طريق الوريد
اقرأ النشرة قبل الإستعمال

Solution pour injection ou
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /
محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فئة 5 مل

MEDICE

MEDICE



Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml



P.P.V. 244 000H