

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

- Reclamation : 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

N° W21-775175

152406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13128

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Cherqui Darif Admane

Date de naissance : 10/09/1992

Adresse : Res sidi abderahman GH 14 apt 45 Oulfa

Casablanca

Tél : 0611424290

Total des frais engagés : 533,7

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 fournis 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) :

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
18 02 24		2	10,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date, El. Spécialité ou de la facture	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PHOSPHATES DE ZOUJENE NADIA B. Bd. Al Agha Hay Hassani - Casablanca Tél. 05 22 98 85 30	18/02/23	230,00
PHARMACIE NAGUIB B. Bd. Al Agha Hay Hassani - Casablanca Tél. 05 22 98 85 30	18-02-23	53,70

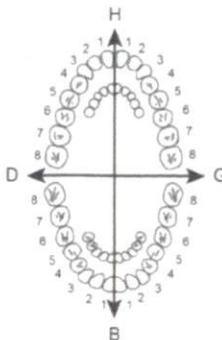
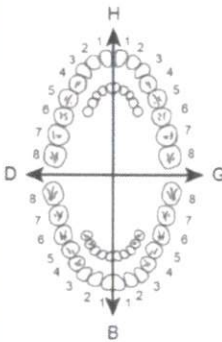
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

24.40

20,00 x 5 = 100,00



Antec 6

Mue - le ne

PPV 53 70

239,00

~~Dr. EL ALAMI Abdelatif~~
~~Spécialiste Pédiatre~~
~~87, Bd. 11 Janvier~~
~~(à côté du cinéma Concord)~~
~~Casablanca Tél: 05 2 31 95 00~~
~~GSM: 06 61 1 43 40~~

صيدلية الفوسفات
PHARMACIE DES PHOSPHATES
Dr. ZOUIFENE Nadia
B. Bd. Al Abtal May Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 98 65 30

PPV 53 70

LOT : 4473
PER : 11-24
P.P.V: 30 DH 00

LOT: GT8941
PER: 12 2025 /
24 40
PPV:



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV:20DH00
PER: 09/25
LOT: L2950

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L2950

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L2950

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L2950

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L2950

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES