

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004493

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 134 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI OMAR

Date de naissance : 16-02-51 160421

Adresse : Hab. 160421

Tél. : 0661586727 Total des frais engagés : 814,30 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 :

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 : 11/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/12/23

814,90

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

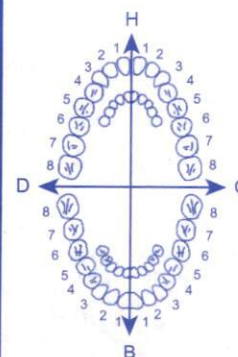
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

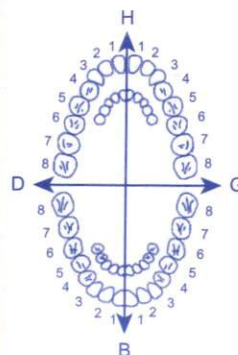
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél : 0522248054

11/05/2023

LAMRANI OMAR

FACTURE N° : 15110

du 11/05/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	TANZAAR 100 MG 28 CPS	138,10	414,30	0%
1	ALDACTONE A FORTE 50 MG	56,80	56,80	0%
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG BT 30	27,70	83,10	0%
1	CARDENSIEL 2.5 CPMES	50,70	50,70	0%
3	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	210,00	0%

Total TTC 814,90

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
HUIT CENT QUATORZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	814,90	0,00	814,90
		814,90	0,00	814,90

PHARMACIE AL MASSIRA
51 Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mmine BENMOUSSA L OUAFAE
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

82. عمر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البيرشي - صباي مسؤل

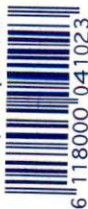
b



احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg
Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés
pelliculés

b

battu s.a.

82, Allée des Casablancais - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

82. عمر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البيرشي - صباي مسؤل

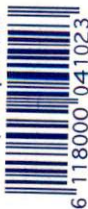
b



احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg
Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés
pelliculés

b

battu s.a.

82, Allée des Casablancais - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

82. عمر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البيرشي - صباي مسؤل

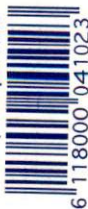
b



احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg
Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés
pelliculés

b

battu s.a.

82, Allée des Casablancais - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

كارديو أسبرين 100

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04 2020

®

MFD



كارديو أسبرين 100

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04/2020

®

MFD



كارديو أسبرين 100

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04/2020

®

MFD



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Nécessitant un traitement d'une durée :

☒ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Voir Ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 02/02/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Saad Boucraoui
Professeur de Cardiologie
356, RUE MOSTAFA EL MACH
CASABLANCA

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées