

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'Horizon
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

M23-013808

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 48121 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAZRAK SAAD
Date de naissance : 24.04.53
Adresse : Rue KERGOMARD Résidence AMBAR 3ma.3
Appart. 5 Ain DIAB CASABLANCA
Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 52401316 = 3774004 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/06/23
Nom et prénom du malade : HRI LAZRAK Saad Age : 70 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : IRT

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 : 8/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaré

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
07/06/23		5	51	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/6/23	514,10 = 61,40
	08/06/23	316,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

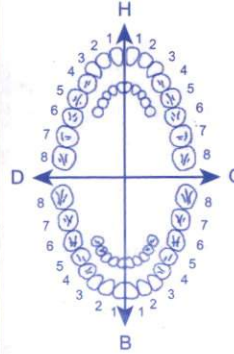
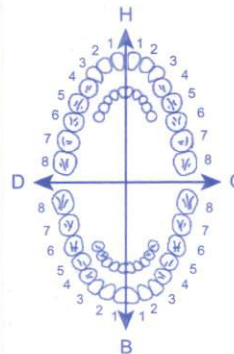
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(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

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd

Chirurgien Cardiaque et Vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد

إختصاصي في جراحة القلب

والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بمونبولى

Casablanca, Le 08/06/93 : الدار البيضاء، في :

M^e Zarak Saad

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sabââ Casablanca
Plavix 75 mg : 316,00 DH
P.P.V : 081257

31600 + Plavix 75 mg

75

1 cp/j

1m/1s

(x1 mois)

PHARMACIE ARABICA
Hicham TALL Pharmacie
42, Rue d'Irfane Hix Salam
CIT. Casablanca
Tél. 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05



091046201

361, Bd. Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél.: 0522 39 52 61 / 0522 39 52 54 / 0661 05 77 89 - Fax : 0522 39 52 70

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد
إختصاصي في جراحة القلب
والأوعية الدموية
خريج كلية الطب بمونبليي

Casablanca, le 07/06/23 : الدار البيضاء، في :

Dr. L. Znaïr Saad

Ⓢ Catex 250 mg

2 cp/j x
1 matin, 1 soir



Handwritten signature in blue ink.

PHARMACIE D'ANGCHAMP
Rajaa TAZI
Rue Toulouza 01 - Casa
Tél : 05 22 36 47 51

Ⓢ Dolostop 500 mg

3 cp/j x 2j
1 matin, 1 midi et 1 soir

Aspegic 100

1 cp/j



091046201

361, Bd Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél.: 05 22 39 52 61 / 05 22 39 52 54 / 06 75 49 36 49 - Fax : 05 22 39 52 70

Dolostop[®]

500 mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Dès 27 kg

Dolostop[®]

Paracétamol

500 mg

20 comprimés

Voie orale

20 comprimés
Voie orale

LOT : 2353
PER : 02 - 26
P.P.V : 10 DH 20

PHARMA 5

Catex® 250 mg
Ciprofloxacin

Voie orale

كاطيبكس 250 ملغ

سيبروفلوكساسين

LOT 224456

EXP 08/25

PPV 51DH40

10 أقراص ملبسة

عن طريق الفم

CATEX® 250 mg ○
10 comprimés pelliculés



6 118000 070290