

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

M22- 0013076

166723

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUITAHIO ABDERRAHIM

Date de naissance : 1955

Adresse : CITE Djemaia Rue 13D N°09

Tél. : 0661 7275 46

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samira GUASMIAT
Médecin Généraliste
C. U. d'Echographie Générale
Jawila 5, Rue 62 N°3 Cité Djemaia
CASABLANCA
Tél. 022 59 75 70 - 065 35 69 24

Date de consultation : 23 / 06 / 2023

Nom et prénom du malade : H. MOUITAHIO Abderrahim Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ANID + HTA

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 : CASA Le : 23 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : AB

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
23/06/23	C1	1	1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SBATA CASA SARL AU 9-261 BD SAKIA ELHAMRA AMILA 5 ED - CASABLANCA Tel: 05 22 37 19 15 50484284 - 05 22 37 19 15 517591 - 05 22 37 19 15 ICE: 0522371915000015	23.06.2023	1631,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

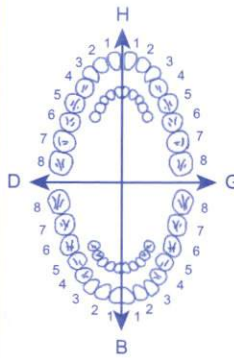
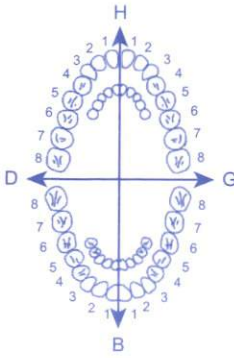
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(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

DR. Samira GUASMIATE

Omnipraticienne

C.U.Echographie générale

ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 23/06/23

PHARMACIE SBATA CASA SARL AL
259-261 BD SAKIA ELHAMRA
JAMILA 5 CD - CASABLANCA
Tel.: 05 22 37 19 15
IF: 50484284 - TP: 37300988
AG: 517591 - INPE: 092052562
ICE: 66286549800015

ORDONNANCE

MR ABOUTTAHID Abdelrahman

- 390.00 x 2 1) Golinat 50/1000 Gp
78.70 x 2 2) Dexametron 60 mg Gp
164.70 x 2 3) Triplixam 10/25 Gp
46.70 4) Zyloric 100 mg Gp
70.50 5) ICAM 5 mg Gp
55.00 x 2 6) Amoxicil 18 Gp
45.00 7) Lipitor 10 mg Gp
45.80 8) Euvoton 10 mg Gp
46.80 9) Acticarbine 70 mg Gp
1631.70 10) Acticarbine 70 mg Gp



6 18001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2.5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164.70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT 222203
EXP 06 2026
PPV 46.70 DH

Lot n° :
EXP :
PPV :

70.50

LOT: 651406
PER: 01/25

LOT: 2222
PER: 01/25

LOT 22.206/FC26
PER 07/2025 PPC 45,80

complément alimentaire n'est pas un médicament

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA





AAM n° 503/77 DMP21 NNP
86020898103002



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2.5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

PHARMACIE SBATA CASA SARL AD
259-261 BD SAKIA ELHAMRA
JAMILA 5 CD - CASABLANCA
Tel.: 05 22 37 19 15
IF: 50484284 - TP: 37200988
RC: 517591 - INPT: 092052562
ICE: 842855148000015

05,22
37,19
15

PHARMACIE SBATA CASA SARL AD
259-261 BD SAKIA ELHAMRA
JAMILA 5 CD - CASABLANCA
Tel.: 05 22 37 19 15
IF: 50484284 - TP: 37200988
RC: 517591 - INPT: 092052562
ICE: 842855148000015

05,22
37,19
15