

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0051056

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GOTNI AHMED
Date de naissance : 09-07-1968
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 34,30 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.8.23	1850
	9.8.23	1580

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

[illegible]

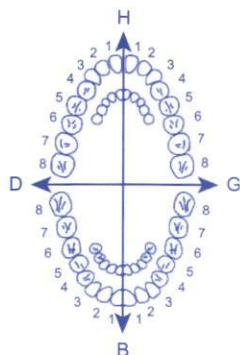
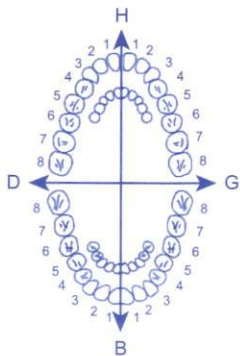
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

PPV 150180
PER 09/25
LOT L3089

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la n

Important :

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

PPV 150H80
PER 09/25
LOT L3089

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

J

CASA

Le : 26/08/2023

FACTURE N° : 45141/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 500 MG X 16 CP EFPE	15,80	7	15,80

TVA 7%: 1.03

Total : 15,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE NOUZHA
DIOURI AYADI NOUZHA
Diplômée d'Université de Bruxelles
502, Bd Oum Rabia - El Oulfa
Casablanca
Tél: 0522.90.17.15 - Casa
0522.90.17.15

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNIAHMED

I.C.E. :

]

CASA

Le : 14/08/2023

FACTURE N° : 45138/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	SOPHTAL 1OML	18,50	7	18,50

TVA 7%: 1.21

Total : 18,50



Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DIX HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

PHARMACIE NOUZHA
MME DIOURI AYADI NOUZHA
602, Bd Oum El Rabia El Oulfa
Casablanca
Tél: 901715
N° R.C. : 234244
N° CNSS :
N° ICE 001665688000086

E10146B00

Sophtal® 0,1%

COLLYRE
acide salicylique
Flacon de 10 ml

صوفتال® 0,1%
قطرات للعين
حمض الساليسيليك
قارورة من سعة 10 مل

SOPHTAL® 0,1%
Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 92/98 DMP/21



6 118000 020271

Sophtal® 0,1%

COLLYRE
acide salicylique
Flacon de 10 ml

70x32x32

SOPHTAL® 0,1% COLLYRE

Voie locale.
EN INSTILLATION OCULAIRE.
NE PAS INJECTER,
NE PAS AVALER.

INDICATIONS:
Irritations oculaires chroniques
non infectées.

COMPOSITION:
Acide salicylique.....0,100 g
Gluconate de chlorhexidine, chlorure
de sodium, acide borique, borax,
eau distillée de rose, eau purifiée.
Lire attentivement la notice avant
utilisation.

Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 15 jours. Notez en
clair la date d'ouverture sur l'emballage.

Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.

07

COLLYRE
acide salicylique
Flacon de 10 ml

Sophtal® 0,1%

صوفتال® 0,1% قطرات للعين

استخدام موضعي.
للتقطير في العين.
لا يحقن،
لا يبلع.

دواعي الإستعمال :
تخفيف مزمن للعين الغير مصابة بالعدوى.

التركيبة :
حمض الساليسيليك.....0,100 غرام
غلوكونات الكلورهيكسيدين،
كلورور الصوديوم، حمض البوريك،
يوريك، ماء الورد الملقط، ماء مصفى.
اقرأ النشرة بدقة قبل الإستعمال.
يجب استخدام أي قارورة مفتوحة
خلال 15 يوما. أكتب بوضوح تاريخ
الفتح على العبوة.

يحفظ بعيدا عن مرقأ ومتناول الأطفال.



سوثيما
SOTHEMA
Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc