

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060678

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R A M 176990
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MECHOUR LAHOUSSEINE
Date de naissance : le 30.04.1960
Adresse : D 44 Hay ELAAH Rue el Bech 17aa
Elainine Bonechid
Tél. : 06-13.62.1890 Total des frais engagés : 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 :

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 : Bonechid Le : 25 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/23	315,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

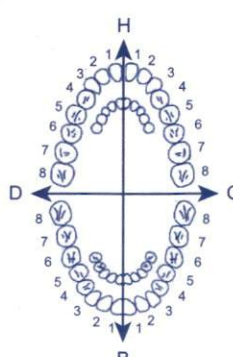
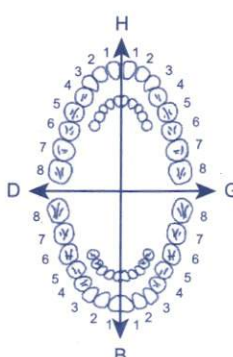
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. YAZIDI Asma

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins

Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd

et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



الدكتورة يزیدی أسماء
إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

Berrechid, le 18/04/2013 في برشيد



M. EL BACHOUJ Jeneun

182,10

- Sulist 160/15/1215
1cp/j le

26 ans

35,70

- Kaudexic 160

1cp/j 26 ans

46,70

+ Zyltic 200

1cp/j le soir

INPE: 062073820

24,40

- Levetynox 100

1cp/j 26 ans

6,80

+ Levetynox 40

1/2 cp/j 26 ans

19,90

- ADO 15

1cp/j 26 ans

T = 315,60

Dr. YAZIDI Asma
Néphrologue
Lot Chama - Berrechid
Tél: 0522 32 44 95
Fax: 0522 32 44 95

S

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Errahia E N° 1 - Berrechid
Tél.: 05 22 32 63 63

44, Lotissement Chama - Berrechid - Tél.: 0522 32 44 95 - Fax: 0522 32 44 95
E-mail: yazidiasmaa@gmail.com

LOT 230749
EXP 02 2027
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMF/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO

6 118000 022268

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT: 23E003
PER: 01 2025
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

15,90

Boîte
de
30 comprimés
pelliculés

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés pelliculés

6 118000 092445

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

182,15

PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID

Mustapha EL AZIZI

0522326363

HAY ERRAHA E/1 , BERRECHID



Facture N° 20230920-264

Date de vente : 10/09/2023
Médecin traitant :

EL BADAoui MERIEM

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	1	24,40	TVA (7.00%)	24,40
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	1	35,70	Exonéré (0.00%)	35,70
ADO CO 1G B30 COMP	1	19,90	Exonéré (0.00%)	19,90
LEVOTHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	1	6,80	TVA (7.00%)	6,80
SULIAT HCT CO 160MG/5MG/12.5MG B28 COMP	1	182,10	Exonéré (0.00%)	182,10

Total HT	310,50 DHS
TVA	5,10 DHS
Total	315,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quinze DHS et soixante centimes

INPE: 062073820

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AU
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay Erraha E/1 - Berrechid
Tél: 05 22 32 63 63