

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-716968

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ECHCHERKI Omar
 Date de naissance : 1945
 Adresse : mène
 Tél. : 05 22 21 15 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 09 / 2023
 Nom et prénom du malade : OUCHAKI Aicha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Braucite

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 : 27/09/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
27.09.2023	Consultation	1	500	INP : 051153153
	20 unités		24	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	27/09/93	844,80

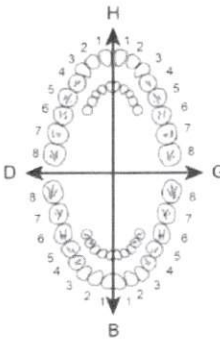
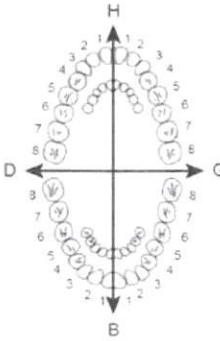
[illegible][illegible]

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	INP : <input type="text"/>													
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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

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	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>— —</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr> <tr><td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	D	— —	G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		H																						
	25533412		21433552																					
	00000000		00000000																					
	D	— —	G																					
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
	B																							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																						
<input type="text"/>																								
<input type="text"/>																								
<input type="text"/>																								
<input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFIRMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
CLINIQUE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

Tél : 06 13 34 10 01

ORDONNANCE

الإسعاف الهادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
إختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

Casablanca le: 27.09.23

OUCHAME AICHA

1/ Biologues

27,00

2/ Polypneumonie

14,00
x4

3/ Docteur

49,00

4/ 27 nt

63,20
x4

5/ Ambulance

64,20
x5

6/ Additif

79,00

LOUARD
Pharmacie
55 Avenue de la Pharmacie
Tél/Fax : 05 22 40 33 45
Casablanca
N°CE : 001541468000057

إقامة البدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء

Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

Email : contact@mavdayhelp.ma : البريد الإلكتروني

ANCINE Plus® 50mg/12.5mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 141051

LOT : 147
PER : 03/25
PPV : 64,20 DH

ANCINE Plus® 50mg/12.5mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 141051

LOT : 159
PER : 04/26
PPV : 64,20 DH

ANCINE Plus® 50mg/12.5mg
30 comprimés pelliculés



LOT : 151
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

LOT : 160
PER : 04/26
PPV : 64,20 DH

LOT : 160
PER : 04/26
PPV : 64,20 DH

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2193

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2193

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1997

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2193

LOT: 230570
DLUO: 06/2026
49,00DH

PPC : 79DH00



4 026466 004907

04.2025
L2200517

63,20

63,20

63,20

63,20

LOT: M0979
PER: 02/2025
PPV: 87,00 DH