

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.

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 du 11
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

M23-012825

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

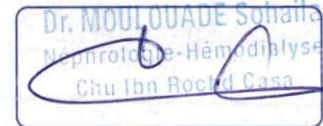
☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22161 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 181447
 Nom & Prénom : HLILA HAKIMA
 Date de naissance : 11/01/1963
 Adresse : 179 Bd BRAHIM ROUDAN/ Ap 20
Maarif CHSA
 Tél. : 066178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 08/08/2023
 Nom et prénom du malade : HLILA HAKIMA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ren
 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 : CHSA Le : 08/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : HLILA HAKIMA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/08/2023			C. G.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie BAYT AL FATI Ain Soukha Beausite Tél : 05 22 34 47 55 Fax : 05 22 06 24 62 Email : alhaef@yahoo.com	08/08/23	1198,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

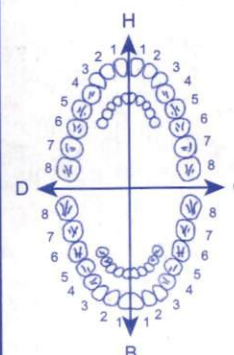
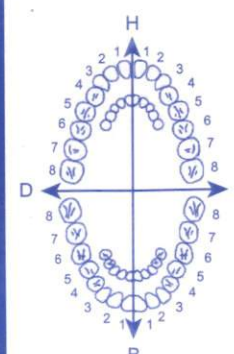
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	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



Hôpital sans Tabac
 Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
 التدخين يقتل

Casablanca, le : 08/08/2023

ORDONNANCE

Docteur : _____

Mme Harkina H. H.

19,00 x 4

- Citalopram 5mg (ou équivalent)
 I Sone 5mg

1 cp le matin  3 fois

50,70 x 3

- Citalopram 2.5 mg
 1 cp le matin

3 fois

27,70 x 3

- Cardio aspirine = 100 mg
 1 cp le matin

14,00 x 2

- Doliprane 1g au Besoin

15,30 x 2

- 1/1 km de C (sans sucre)

1 cp 1 j

222,00x2

- Augmentin 1g.c
82,10x4
- Inexium 20 mg.

56,60

- Stilnox 10

(1 Boite)

1198,80

PHARMACIE BAYT AL
N° 6 Rds - Bayt al Soum roches
noires casablanca
Tél: 06 77 17 17 17 - 06 77 17 17 17
www.bayt-al-soum.com

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
Cpr GR
640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
Cpr GR
640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
Cpr GR
640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al soum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
Cpr GR
640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2026
LOT 32046 1

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2026
LOT 32046 1

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT 231 160 1

EXP 03 2028

PPV 19 00



إيزون®
بريدنيرون

ISONE® 5 mg
30 comprimés sécables



6 118000 020011

231 160 1

03 2028

19 00



إيزون®
بريدنيرون

E® 5 mg
primés sécables



3000 020011

T 231 160

P 03 202

V 19 0



إيزون®
بريدنيرون

ONE® 5 mg
comprimés sécables



118000 020011

LOT 231 160 1

EXP 03 2028

PPV 19 00



إيزون®
بريدنيرون

ISONE® 5 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g

Sachets

..... sachet(s) fois par
prendre de préférence au début des
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 652150
PER: 05/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g / 125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour a
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 652150
PER: 05/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Doli
Paracétamol

10 Comprimés sécables

PPV:14DH00
PER:04/26
LOT:M743



Doli
Paracétamol

10 Comprimés sécables

PPV:14DH00
PER:04/26
• LOT:M810



DOULEURS

100 مع



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

حمض أسيتيل ساليسيليك

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Pharmacie BAYT AL FATH - Casablanca

Aliaa FASSI FIHRI

0522344753

RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA, CASABLANCA



Facture N° 20231102-562

Date de vente : 08/08/2023

Médecin traitant :

HAKIMA HLILA

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STILNOX CO 10MG B20 COMP SECA	1	56,60	TVA (7.00%)	56,60
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	4	82,10	TVA (7.00%)	328,40
AUGMENTIN ST 1G/125MG B24 SACHETS	2	222,00	TVA (7.00%)	444,00
VITA C1000 CO SANS SUCRE B10 COMP EFFER REF 900188	2	15,30	TVA (7.00%)	30,60
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	2	14,00	TVA (7.00%)	28,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	3	50,70	Exonéré (0.00%)	152,10
ISONE CO 5MG B30 COMP	4	19,00	Exonéré (0.00%)	76,00

Total HT	1 140,73 DHS
TVA	58,07 DHS
Total	1 198,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix-huit DHS et quatre-vingts centimes

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebba Casablanca
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62
E-mail : aliaaf@yahoo.com

payé espen