

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0036024

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 et 802 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHARTI Abdelmajid A 83368
 Date de naissance : 01/07/67
 Adresse : MAY EL HANA Rue 27 n°8 Casablanca
 Tél. : 0522 36 22 04 Total des frais engagés : 780,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26 / 9 / 23
 Nom et prénom du malade : EL HARTI Abdelmajid Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : myelome multiple
 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 : Casablanca Le : 26 / 09 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/9/23	Culot	6		

[Stamp: Cabinet Dr. ALBERTO ALMEIDA, 05 22 77 77 40 à 49, Email: almeida@orange.fr]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/9/2023

784,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

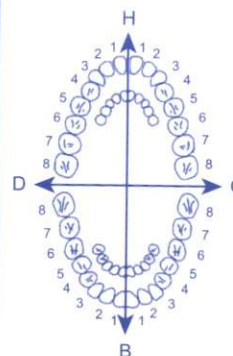
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

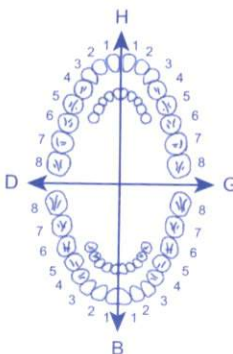
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Grefe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
الغرفة الخاصة

26/11/22

Casablanca, le

Mr EL Hach Abdelmajid

25,00x 10

1) Dexamethasone 20mg

(S.V)

1 gelule 1x par jour

(S.V)

le matin

432,00

(S.V)

2) Valer 500

1cp 5

en continu

102,60

3) Aerus

ep

1cp 5 x 10 jours

784,60

115, Rue Setti
pharmacie alboudouress
Tél: 0522 86 04 68/ 86 54 31
Tél: 0522 86 04 67- IF: 40464164
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000
INPE: 0920



LOT: 109
PER: NOV 2024
PPV: 102 DH 60

PHARMACIE AL BOUDOUR SARL AU

ABDELKRIM TAOUDI BENCHEKROUN

0522 86 04 68

115 rue sebta quartier des hopitaux , casablanca



Facture N° FAC-232199

Date : 27/09/2023

EL HARTI ABDELMAJID

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
AERIUS CO 5MG B30 COMP GM	1	102,60	2	102,60
VALEX CO 500MG B42 COMP	1	432,00	2	432,00
DEXAMETHASONE CO 20MG GELULE /UNITE	10	25,00	2	250,00

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl.Au
115, Rue Sebta Qu. des hôpitaux, Casa
pharmaciealboudourcasa@gmail.com
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000066
INPE: 092004357

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	51,33	0

Total HT	733,27 DHS
TVA	51,33 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	784,60 DHS
Total	784,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-quatre
DHS et soixante centimes

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl.Au
115, Rue Sebta Qu. des hôpitaux, Casa
pharmaciealboudourcasa@gmail.com
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000066
INPE: 092004357