

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

Declaration de Maladie

N° W21-828385

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 8784 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : MERZAK Rachid

Date de naissance : 25/05/69

Adresse : _____

Tél. : 0642 112246 Total des frais engagés : #334,20#

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ilyas EL MORABET
Médecin Généraliste
N° 40, Lot. Jamaâ RDC
Tnine chtouka
Tél.: 0666 82 21 51

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : Merzak Rachid Age : 54ans

Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : infection urinaire

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tnine chtouka le : 14 / 11 / 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
14/11/23			#200 chs #	INP : 0161321613
				Dr. Ilyas EL MORABET
				Médecin Généraliste
				N° 40, Lot Jamaa RDC
				Tine chtouka
				Tel: 0666 82 21 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDI Dr. LOUCHYASSIR Set 6 Centre Tine Chtouka Tel: 05 23 39 90 13	14/11/23	134.20

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

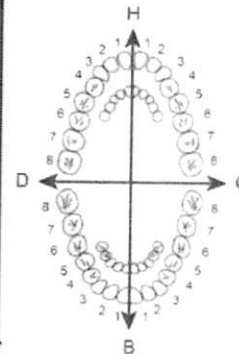
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

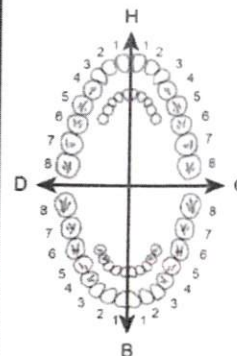
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT

IMASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

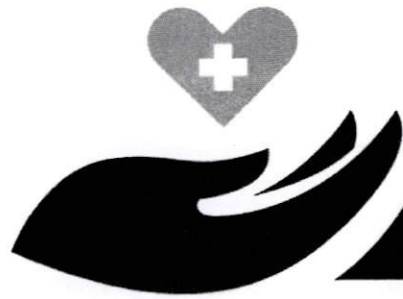
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



LOT: 23ED01
PER: 06/2025
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V: 45DH40
S 118000 010494

Dr. El morabet Ilyas
MEDECIN GENERALISTE

N 40, LOTISSEMENT JAMAA RDC, TNINE CHTOUKA
+212666822151 - ILYASELMORABET95@GMAIL.COM

PATIENT: Mr Merzag Rachid

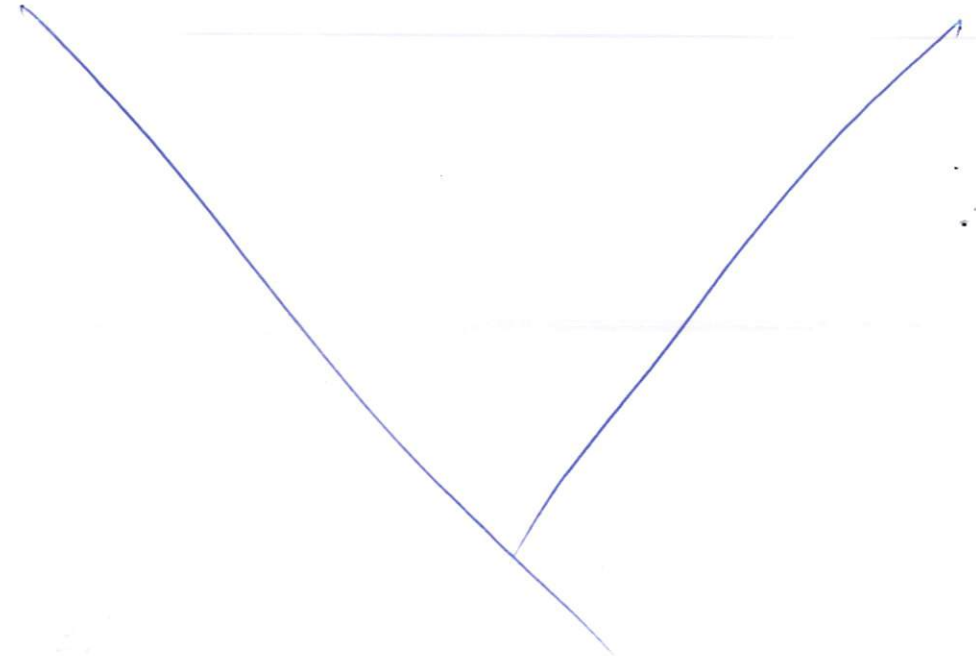
DATE: 14/11/2023

PRESCRIPTION

① Sepcen 500mg cp (SVSP)
1cp x 2/j ndt 7j (SVSP)
② Doliprane 1000 cp (SVSP)
1cp x 3/j ← 6h →
③ Duphalac sirop (SVSP)
1 graduation x 2/j

PHARMACIE EL HAMD
Dr. LOUCHI YASSER
Set 6 Centre Tnine Chtouka
05 23 39 90 13

OBSERVATION



CACHET
Dr. Ilyas EL MORABET
Médecin Généraliste
N° 40, Lot. Jamaa RDC

سبيسين® 500 مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

2-1-1-2

SEPGEN® 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

IBERMA



LOT : 05823003
PER : 01/2026
PPV : 74.80 DH

Doliprane

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M1991





75 RFM

0694606038

Latifa Hicham 28

@gmail

com