

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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.

Prothèse :

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

Prendre en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

AS : 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° M21- 081838

☒ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☐ Optique
 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : RAM 104274

☐ Actif
 ☐ Pensionné(e)
 ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALIMI MOHAMED

Date de naissance : 07.07.1938

Adresse : HAY MAURSA RAKA Pst 02 n°8
BERBOUSSE CASABLANCA

Tél. : 0672134665 0522768282 Total des frais engagés : #782,50 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BENI MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
3, BOULEVARD ANTOINETTE - CASA

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : tube art cardiaque

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/02/22

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
21/02	5			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur	Date	Montant de la Facture
	7/2/2022	782,56

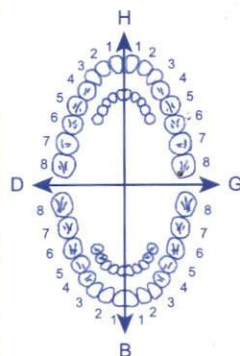
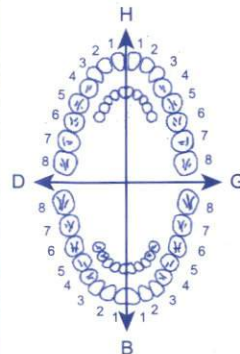
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

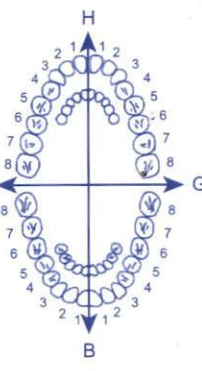
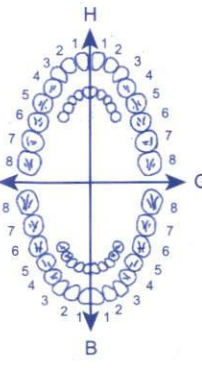
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

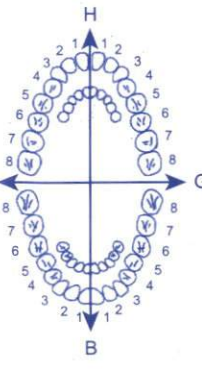
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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'



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13. Bd Ain Taoujtate - Bourgone
Casablanca
Tél : 0522.27.03.53

Casablanca, le 7/2/22

Né le : 01/07/1939



CJ022B07073330

M. SALIMI MOHAMED

3215.00
1/ Aciper 40 (S.V)
1 gr le matin + 2 gr + 3 min
30.00
2/ ARS (S.V)
1 cc x 31 gr + 10 gr
1450 x 4
3/ Hemofur (S.V) + Avenor (M)
10 min du matin + 2 (S.V) x 12 j

782.00

PHARMACIE YAFI
Mme AL KHAFI AMAL
Imm 57 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 44

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13. Bd Ain Taoujtate - Bourgone
Casablanca
Tél : 0522.27.03.53

RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118 001 300754

Lot No: PTC2464A

EXP.: 03/2023

ITED

Inde

PPV:215DH00

LC
ca

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118 001 300754

Lot No: PTC2464A

EXP.: 03/2023

ED

de

C

1

PPV:215DH00

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/9

BOTTU SA
PPV : 49 DH 00

CIP: 3400930088876

M1050188

Lot:

05/2026

Exp.:



ARGO
Suspension buvable 250ml



6 118 000 09 059

LOT : 3050

UT-AV: 09 / 24
P.P.V: 30 DH50

RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118 001 300754

Lot No: PTC2464A

EXP.: 03/2023

ED

e

PPV:215DH00

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

14,50

14,50

14,50