

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.

Éducation :

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 000301

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMELLAH Jilali

109483

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

VENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des répétés en plusieurs séances ou actes

aux comportant un ou plusieurs échelonnées

sur les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

758663

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AMELIAH JILALI
Matricule : 7004 Fonction : Retraite Poste : DOA (PRT)
Adresse : 238 Lotiss. Laimoun Casa
Tél. : 0661339850 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Amellah Saidia Age 16 | 12 | 68
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : fatigue intense + Suivi de l'hypertension + cholestérolémie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 10/03/22 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

758663

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
10/3/22	CDK5		109,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/22	852,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

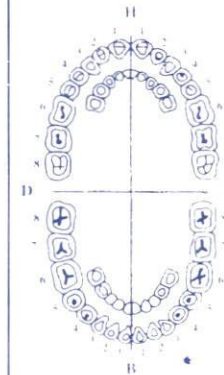
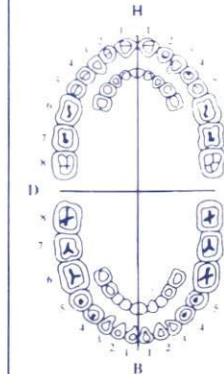
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				Coefficient DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B		B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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 Latifa Aboujida

• MEDÉCINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg



الدكتورة لطيفة أبوجيدة
الطب العام

الفحص بالايكوغرافيا
خريجة جامعة مونبيلي (فرنسا)
طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا
حائزة على دبلوم أمراض النساء
جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le 10/3/22

M^{lle} Amellah Saïda .

99,00x2

→ WD Nor 20 = 1 p le son

120,70

→ Aerius 5mg = 1 p le son 30tes

136,20

→ Nabonex = 2 p le son deux

87,30

Chaque navire

→ Dermofin crème = 1 app le son x 15

15,30x2

→ Doliprane 500 = 2 p x 3 p

140,00x2

→ Oculos 20 = 1 gelule le son 20tes

Total 852,8

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA 20200

riqux de rñe
adulte et l'enfant

Doliprane[®]

PARACETAMOL 500mg

Doliprane[®]

PARACETAMOL 500 mg



à partir de 27 kg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdja - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 150H30
PER 09 / 23
LOT J2362 - 2

riqux de rñe
adulte et l'enfant

Doliprane[®]

PARACETAMOL 500mg

Doliprane[®]

PARACETAMOL 500 mg



à partir de 27 kg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdja - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 150H30
PER 09 / 23
LOT J2362 - 2

ملغ 20
عن طريق الفم



أوديبس[®]
أوميبرازول

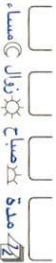
OEDES 20mg

56 gélules

56 x



حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات



مدة العلاج ٤ أيام

6 118000 082026



COOPER
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 191564
PER : 04-2022
PPV : 140,00DH

20 ملغ
عن طريق الفم



أوديبس[®]
أوميبرازول

OEDES 20mg ○

56 gélules

56 x

حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات



6 118000 082026



COOPER
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 191343
PER : 04-22
PPV : 140,00DH

Nasonex®

50 microgrammes/dose
suspension pour
pulvérisation nasale



Flacon de **120 doses**
50 microgrammes/dose
Nasonex®

suspension pour
pulvérisation nasale

furoate de mométasone
anhydre

Voie nasale

AMM 233DMP/21/NRQ



Lire la notice avant utilisation..

TENIR HORS DE LA
PORTEE ET DE LA VUE DES
ENFANTS.

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87130

LOT 2011
PER 06/23
PPV 87DH30

Composition :

Sertaconazole Nitrate (D.C.I.) 2 g
Excipients (dont E218 & Acide sorbique) q.s.p. 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation
A conserver à une température ne dépassant pas +25°C



S/L de FERBER INTERNATIONAL
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PROMOPHARM S.A.

2% دهن ① درمو فیکس
سرتاکنونازول

Dermofix® crème
Sertaconazole



PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

أنبوب 30 غ

يستعمل فوق الجلد



LOT : 210739

EXP : 05/2024

PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

20 ملغ
عن طريق الفم

٩
اللا-زور
أتورفاستاتين

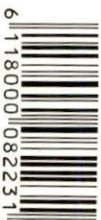
قرصا ملبسا

30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

COOPER
PHARMA



LOT : 211266

EXP : 07/2024

PPV : 99,00DH

LOT N° :

PPV (DH) :

UT, AV. :

20 ملغ
عن طريق الفم

٩

اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

COOPER
PHARMA

6 118000 082231



مدة
صباح
زوال
مساء

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT : 083-1
PER : AUT 2022
PPV : 120 DH 70