

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0006653

☐ Maladie

☐ Dentaire

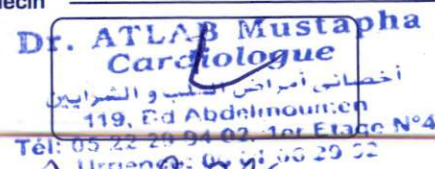
☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM 124360
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKIREDI LEILA
 Date de naissance : 05.04.1958
 Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSTA IM 43 N°1
CASABLANCA
 Tél. : 0641727178 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 28/07/2022
 Nom et prénom du malade : SKIREDI Leila Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HDA DT2
 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

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

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
28/12/22	C2EC5	300	400 DH	Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue 119, Bd Abdoumoumen Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4 Urgence: 06 67 00 29 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/22	1566,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

LOT 210609
EXP 12/2023
PPV 74.10DH

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/N

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
TABLEAU A (Liste I)

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2022

6 118001 320103

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
TABLEAU A (Liste I)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

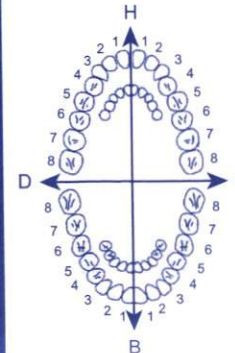
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

LOT 212954
EXP 11 2025
PPV 46.70 DH

LOT 213253
EXP 12 2025
PPV 46.70 DH

BOTTU SA
PPV : 97 DH 90

20 mg
f. one tablet
microcrystalline, hypromellose, lactose,
microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

BOTTU SA
PPV : 97 DH 90

20 mg
f. one tablet
microcrystalline, hypromellose, lactose,
microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

PPV 79,10 DH
PER 11/23
LOT 183104



- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort

- الفحص بالصدى للقلب و الشرايين
- تخطيط القلب عند بذل الجهد
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le : 28/07/22

1340X3 MM SKIRDT Leila

Levothyrox 50 14/1

9790X2

Kerlon 20 14/1

SRV 150 14/1

12000X2 14/1

11410X3 Crestor 5 mg 14/1

4670X2 Elyon 100 14/1

7410 0lester 40 14/1

12600X2 Cilextra 10 mg 14/1

4960 D cure forte 1Avec / mois

7972X2 Azel 500 14/1 n=6

156680 Traitement de 3 mois

120,00

120,00

120,00



ECG

Nom : SKIREDJ LEILA Sex :

Age :

Clinique N :

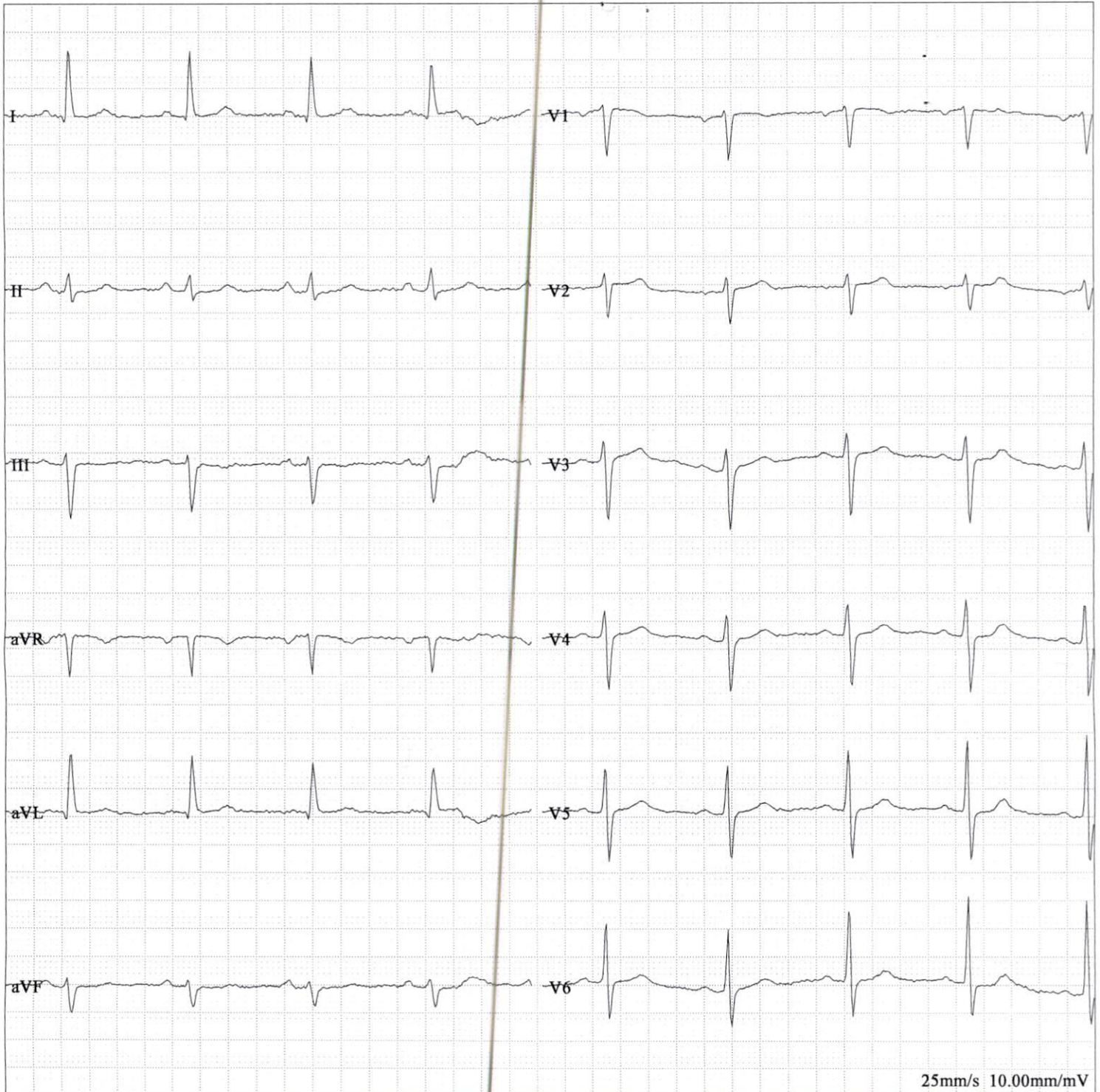
Section :

SN : 0000003

Case No. :

Lit No. :

Date : 28/07/2022 11:20:1



25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt
Temps d'écha	4s	QT Interval:	--	
FC:	69bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Nouvel

Dr. ATLAB Mustapha
 Cardiologue
 أخصائي أمراض القلب و الشرايين
 119, Ed Abdelmeuemen
 Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
 Urgence: 06 61 06 29 52

Signature Medecin :