

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

M22-0000672

127647

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4812

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAZRAK SAAD

Date de naissance :

24.04.53

Adresse :

Rue KERGOUMARD Résidence Aïn Dial AMBAR
Imm N° C3 Appartement 9 AIN DIAB CASABLANCA

Tél. :

06 61 31 86 52

Total des frais engagés :

1014,204

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

29/08/22

Nom et prénom du malade :

LAZRAK SAAD

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

IRC

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 :

29/08/22

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
29/08/22	CS	Orateur		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE SIDI ABDERRAHMAN SKIREDA 15 - 16 Rue Mohammed VI Résidence Amba - Casablanca Tél. 022 79 79 01	29/08/22	1014,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

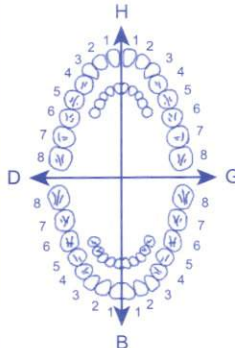
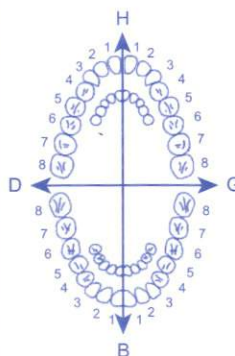
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
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'EXECUTION

Centre de Néphrologie
Hémodialyse AL HANA
Dr. Bougrine Sofia



مركز تصفية الكلي الهنا
دكتورة بوغرین صوفيا

Casablanca, Le: 20/08/22

Mr. Hachak Saad

107.4° x 2

Acet 1000

6 - 1 - 0

30.7° x 2

Fluoxetine 75

95.0° x 2

Cardenal 25

98.9° x 2

Amber 10

57.8° x 2

4 - 0 - 0

102005 10

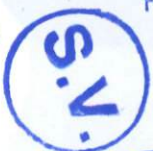
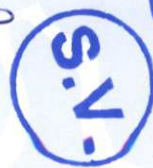
134.8° 0 - 0 - 1

Levamisole 25

99.7° 8 - 0 - 7

Salbutamol 20

107.4° 8 - 0 - 0



PHARMACIE SID ABDERRAHMANE
SKIREDDJ Boukia
15 - 16, Rue Keloumar
Résidence Ambar Casablanca
Tél. 022 79 79 01

Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse AL HANA
Tél. 05 22 39 33 88

10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca
Tél.: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcasablanca@gmail.com
ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14521025
PER: 12/2026
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG Bilastine



FAES FARMA

LevAmox® 1.2 12 COMPRISES EFFERVESCENTES

PPV 134DH80
LOT 1N030 2
EXP 02/2024

LOT: 22E004
PER: 02/2024

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.V.: 30DH70



LOT: 22E002
PER: 09/2023

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.V.: 30DH70



LOT : 211393

EXP : 09/2024

PPV : 95,00DH

Cardiner

LOT : 211394

EXP : 09/2024

PPV : 95,00DH

Cardiner

UT.AV : 12 23

P.P.V.

LOT N°: FT 3821

Amber, 98,90

UT.AV : 12 23

P.P.V.

LOT N°: FT 3821

Amber, 98,90

09366128/3

Calcium

Cacit



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

LOT : 220580

EXP : 04/2025

PPV : 57,80DH

LD-Nor

LOT : 220042

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70