

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.

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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 067414

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : N° = 30841

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN AMAR A

Date de naissance : 8 - 7 - 1937

Adresse : 104 RUE 36 MADGHARA EL HANA

Tél : 066 1726717

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 :

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Laboratoire

Date

Montant de la Facture



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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

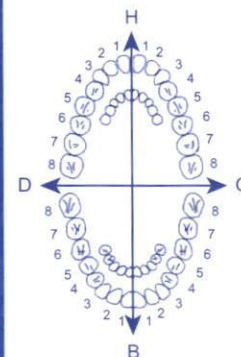
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

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

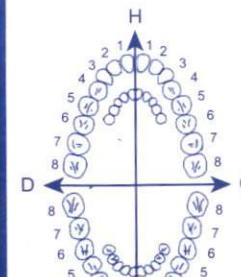
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS





PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

N° 285

R.C : 250415

Patente: 37986873

T.V.A : 40456596

C.N.S.S: 2026351

Tél : 0522 90 51 03

Le 29/06/2020

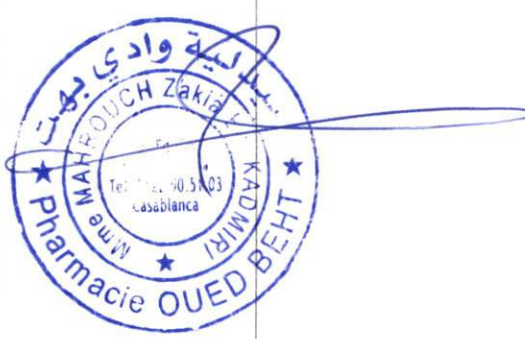
FACTURE N°636348

N° ICE : 000198418000024

BEN AMAR ABDELHAMID

N° IF : 40456596

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	LASILIX B/20 CP	34,60	207,60		
4	CARDENSIEL 2,5MG BTE 30	54,10	216,40		
10	ALDACTONE 50MG COMP G	57,70	577,00		
1	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	27,70		
7	REDLIP 20 30CP	97,60	683,20		
					

TOTAL T.T.C :

1 711,90

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Sept Cent Onze Dirhams et 90 centimes.**

LOT: 19E010
PER: 10 2023

20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 19E010
PER: 10 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 19E001
PER: 06 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 19E008
PER: 09 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 19E008
PER: 09 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 19E010
PER: 10 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020

P.P.V: 57DH70

LOT: B21994

EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020

P.P.V: 57DH70

LOT: B21994

EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B23055

EXP: 10.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B21995

EXP: 02.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B21668

EXP: 01.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B21668

EXP: 01.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B22816

EXP: 08.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B22816

EXP: 08.2021

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V: 27,70 DH

Bayer S.A.



97,60

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60



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

☒ **valable 3 mois**

Le 27/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ABDEL HAMID BENACHAR

Présente

Cardiopathie Isémique & Dyslipémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée et sous traitement

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89