

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0048148

N.D: 39079

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3505 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MARIAM ROCHIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 31 63 48 89 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed BENABID
INP : 101020485
1046, Rue Elala Hay Linbiat
2045, Casablanca

Date de consultation : 20/07/2019

Nom et prénom du malade : M. MARIAM ROCHIDA Age :

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

Nature de la maladie : Dyslipémie

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 : Sali Le : 20/07/2019

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
20/07/2020		1	100	
23/08/2020		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/07/2020

683,40

23/08/2020

450,30

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

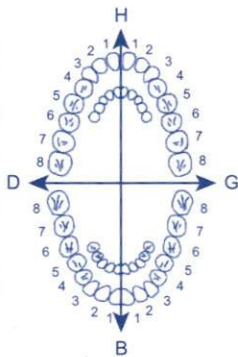
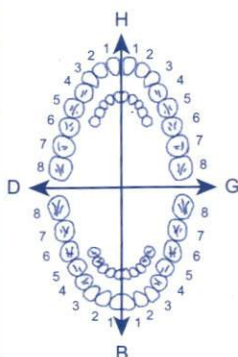
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
																											
<p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>																											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			
H		G																									
25533412	21433552																										
00000000	00000000																										
D		B																									
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
																											
<p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed BENABID

Médecin Généraliste

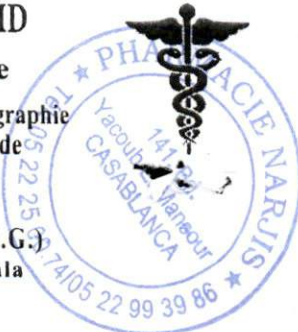
Attestation Universitaire d'Echographie
de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie

-Rabat-

Electrocardiogramme (E.C.G.)

1046, Av Hassan, Rue Filala

Hay Linbiat - Salé -



الدكتور محمد بنعبد

الطب العام

شهادة جامعية للفحص بأمواج الصدى

كلية الطب والصيدلة - الرباط -

تخطيط القلب

شارع حسات 1046 زنقة فيلانة

حي الانبعاث - سلا -

Tél : 05 37 81 36 50 / GSM : 06 58 42 26 43

Ordonnance

Salé, le :

Nom Prénom :

20/07/2026
Mouhamed Benabid

56,30

79,50 x 2
159,00

2

37,30 x 2
74,60

Cure (-21)

S.V

3 Nosum

S.V

30

Zentel 400

S.V

El gador 20

S.V

Amoxicil 20

S.V

583,40

S.V

Dr. Mohammed BENABID
Rue Filala Hay Linbiat
Tél : 05 37 81 36 50
GSM : 06 58 42 26 43

ميكوستير 1%

سيكلوبيروكسولامين

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20

Ludiomil® 25 mg

LOT: 0068
EXP: MAR 2024
PPV: 51,30 DH

Ludiomil® 25 mg

30 comprimés
pelliculés



6 118000 012726

LOT : 200491

UT AV : 03/2023

PPV : 99,00DH

:N LOT

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LOT : 200498

UT AV : 03/2023

PPV : 99,00DH

:N LOT

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

LOT : 200498

UT AV : 03/2023

PPV : 99,00DH

:N LOT

D3 NORM®
GOUTTES BUVALES



8 051128 632675

Lot: 200238

A consommer
avant le:

04/2023

PPC: 79,50 DH

D3 NORM®
GOUTTES BUVALES



8 051128 632675

Lot:
A consommer
avant le:

200146

03/2023

PPC: 79,50 DH

D3 NORM

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH

ID : 629605

6 118001 141364

poules buvables

IRE® AMPOULE

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

56,30 DH
200146
04/2022

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH

ID : 629605

6 118001 141364

Dr. Mohammed BENABID

Médecin Généraliste

Attestation Universitaire d'Echographie
de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie
-Rabat-

Electrocardiogramme (E.C.G.)

1046, Av Hassan, Rue Filala

Hay Linbiat - Salé -



الدكتور محمد بنعبد

الطب العام

شهادة جامعية للفحص بأمواج الصدى

كلية الطب والصيدلة - الرباط -

تخطيط القلب

شارع حسان 1046 زنقة فيلانة

حي الانبعاث - سلا -

Tél : 05 37 81 36 50 / GSM : 06 58 42 26 43

Ordonnance

Salé, le : 03/08/2020

Nom Prénom : M. MAHMOUD EL KHALIL

4990

9960

Flasyl 200



45,20

9960

(5 fois par jour)

Alzole 20

30 jours

30 jours

Ustabilizet-enpays (par)

1 - 1

Dr. Mohammed BENABID
1046, Av Hassan, Rue Filala
Hay Linbiat - Salé -
Tél : 05 37 81 36 50
GSM : 06 58 42 26 43

456,30

Flagyl® 500mg

Métronidazole

20 comprimés pelliculés

LOT : 206017
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

bedelix

Montmorillonite beidémique

3 g

SACHETS B30

P.P.V : 57DH70



6 118000 010234

Vitadigest

PPC: 209 DH



8 436029 459956

ALZOLE®
Oméprazole

LOT: 183
PER: SEP 2021
PPV: 45 DH 00

ALZOLE® 20 mg
14 gélules



6 118000 050407

LOT: 183
PER: SEP 2021
PPV: 45 DH 00

ALZOLE® 20 mg
14 gélules



6 118000 050407