

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.

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° W19-459740

39858

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : LABDAA Med
 Date de naissance : 02.01.1941
 Adresse : Hay El Alia Rue 3 n° 28 El oulfar casa
 Tél. : 0665328466 Total des frais engagés : 1581,40€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR CHAFIK Fouad
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errab Rue 69 N° 4 Oulfar
Tél: 0522 20 51 05

Date de consultation : 05/09/20
 Nom et prénom du malade : LABDAA Medya Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + HTA + A. V. C.
 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
10/09/2021	9		100021	INF: _____ 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05 <u>9090</u>	1481,40

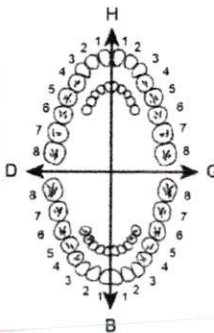
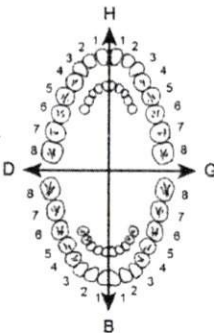
[illegible][illegible]

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 de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونتيليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 05/09/20

252,00x2 CABDAA Khoudja

- Ouate 1S

23,80x3 ANKADYL 160

100,00x3 C C 4
- Filbreand 180

81,00x3 Filbreand 240

94,10x3 Filbreand 240

26,90x3 Filbreand 240

Fouad Chafik

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2



6 118001 101214

OLMETEC® 20 mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 252,00 DH



6 118001 101214

OLMETEC® 20 mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 252,00 DH

Tandke

CV 22 3-5

Dr. CHAFIK FOULAD
MEDECIN EXPERT
Bd Oued El-Hammam N° 4 Oujda
Tél: 0522 51 65



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26.90

أوفيا
جليبيريد



<input type="checkbox"/>	المدة	
<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	
<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	قبل	
<input type="checkbox"/>	بعد	

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP



Remboursable AMO



6 118000 022015

سوطيما
othema

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26.90

أوفيا
جليبيريد



<input type="checkbox"/>	المدة	
<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	
<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	قبل	
<input type="checkbox"/>	بعد	

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP



Remboursable AMO



6 118000 022015

سوطيما
othema

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26.90

أوفيا
جليبيريد



<input type="checkbox"/>	الليلة	
<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	منتصف	
<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	قبل	
<input type="checkbox"/>	بعد	

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP



Remboursable AMO



6 118000 022015

سوطيما
Othema

Fibrocard[®] 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL
Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules



Réimbursement AMO

6 118001 070701



Fibrocard[®] 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL
Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules



Réimbursement AMO

6 118001 070701



Fibrocard[®] 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL
Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules



Réimbursement AMO

6 118001 070701



Fibrocard® 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg
30 gélules



Ramphourtiel AMO



Fibrocard® 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg
30 gélules



Ramphourtiel AMO



Fibrocard® 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg
30 gélules



Ramphourtiel AMO

