

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Mise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W21-767731

144768

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAATOUQUE Mohamed  
 Date de naissance : 1956 Casa  
 Adresse : G.T. Rue 105 N° 6 OULFA CASABLANCA  
 Tél. : Total des frais engagés : 308,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MAATOUQUE Med 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 : Casa le 02/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/2023	302,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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

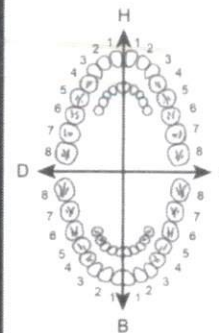
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

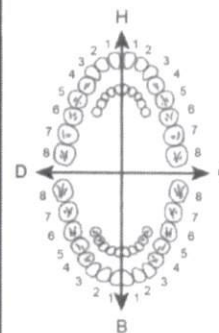
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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





# PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 02/01/2023


**FACTURE N°712095**

N° ICE : 000198418000024

**MME MAATOUQUI NAJIA**

N° IF : 40456596

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	PIASCLEDINE 30CP	188,00	188,00	12,30	7,00
2	FERPLEX 40MG/15ML	60,00	120,00	7,85	7,00
<div></div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>308,00</b>	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	308,00	Montant :	20,15	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Huit Dirhams.



**Dr. Sanaa EL HERRAR**

Spécialiste en Médecine Interne,  
Médecine de Systèmes et auto-immunes,  
Médecine Rhumatismale,  
Médecine des os et des articulations,  
Gériatrie, Check-up médical.  
Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca,  
Paris Descartes, PMC et Bordeaux.

**Ordonnance**

أخصائية في الطب الداخلي  
أمراض المناعة الذاتية وأمراض الجهاز الهضمي والمفاصل  
طب المسنين وأمراض العظام  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
مجازة من كليات الطب بفرنسا

Casablanca, le 20/10/2022  
Mme. MAATOUQUI Najla

1/ PIASCLEDINE GÉLULE  
1 gélule/j pdt 3 mois

2/ CURARTI FORTE  
1 cp/j le soir pd t 2 mois

3. Ferplex

60,00 x 2

120,00

Flacon 15 pdt 3 mois

FFU 188.00 DH



308,00

donnée seule et

Bonjour



40, Rue des Hôpitaux,  
Immeuble les Roseaux,  
3<sup>e</sup> étage N° 12, Casablanca.

☎ 05 22 49 11 86  
☎ 06 48 95 93 48  
✉ Dr.elherrar@gmail.com

المستشفيات  
مركز التشخيص إبن رشد، جناح (28)  
ثالث الرقم 12، الدار البيضاء