

## 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.
- Une attestation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, actions multiples, parodontologie 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 :

- Une attestation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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.
- Le 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

N° W21-767995

144769

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAATOUIQUE Mohamed  
 Date de naissance : 1956 Casa  
 Adresse : G.T. Rue 105 N°6 OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 921,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MAATOUIQUE Mohamed Age : 67 ans  
 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

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Pénalité en charge : pec@mupras.com
- O 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02 01 2023	921.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

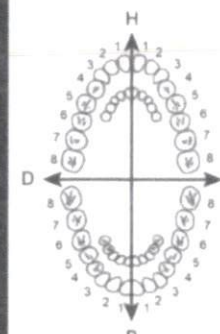
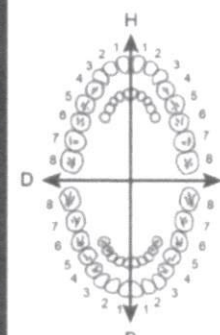
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies du système nerveux central et périphérique  
 Maladies du système nerveux central  
 Démence, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson,  
 Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies  
 Explorations Electroneurophysiologiques  
 Electroencéphalogramme (EEG)  
 Electroneuromyogramme (EMG)

Maladies du système nerveux central et périphérique  
 Maladies du système nerveux central  
 Démence, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson,  
 Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies  
 Explorations Electroneurophysiologiques  
 Electroencéphalogramme (EEG)  
 Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le : 06.12.20

**Mr MAATOUQUI Mohamed**

LOT 202932 1  
 EXP 10 2025  
 PPV 469.00 DH

**1 DONZEP 10**

469,00

1 cp le soir pendant 3 mois

**2 SEROPLEX**

240,00

1/2 Cp le matin pendant 10 jours  
 puis 1 Cp le matin pendant 3 mois

**3 MEMANTINE GT 20 MG**

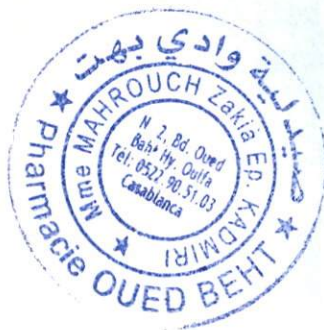
212,00

1 cp le matin pendant 3 mois

Maphar \*  
 Bd Alkimia N° 6, C1,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

Lot: TD0375C  
 Per: 04/2025  
 PPV: 2120H00

921,00



Dr. M. Maatouqui  
 M. Maatouqui  
 Tel: 0521 90 51 03



# 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°712093**

N° ICE : 000198418000024

**MAATOUQUI MOHAMED**

N° IF : 40456596

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SEROPLEX 10MG BTE 28	240,00	240,00	15,70	7,00
1	DONZEP 10MG BTE 28	469,00	469,00	30,68	7,00
1	MEMANTINE GT 20MG/28CPS	212,00	212,00	13,87	7,00
<div></div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>921,00</b>	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	921,00	Montant :	60,25	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**Neuf Cent Vingt Un Dirhams.**