

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0051674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1289 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : BATRAS FATMA Veuve AZENKOU D emar

Date de naissance : 25/3/1960

Adresse : Lot El Khayma EL N° 84 casa

Tél : 064918936 Total des frais engagés : 420,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur FOUAD BITTAF  
Médecine Générale  
375 Bd Boucharb Doukkali RDC  
Hay El Farah - Casablanca  
Tél: 0522 62 04 26

Date de consultation : 09/01/2023 BATRAS FATMA

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite - fièvre

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) :

VOLET ADHERENT



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/01/23        |                   | C                     | 1500                            | Docteur Houcra BITTAF<br>Médecine Générale<br>375 Bd Bouchaoui Doukkali RDC<br>El Farouk Casablanca<br>Tel: 0522 820420 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL GOURAM<br>0522 820420     | 09-01-23 | 270,20                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

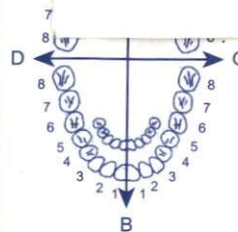
# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

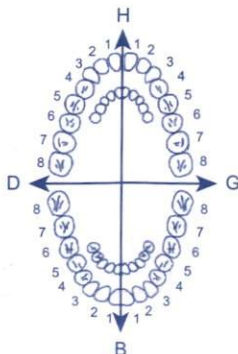
AUGMENTIN 1 g/125 mg  
16 sachets



PPV: 168,20 DH  
LOT: 649755  
PER: 03/24



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

# (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV (DH): LOT N°: UT.AV.:

H D 02/21 : Add  
S 02/20 : d X E  
S 02/22 : 107

56.836.07.19

PPV (DH): LOT N°: UT.AV.:

H D 02/21 : Add  
S 02/20 : d X E  
S 02/22 : 107

56.836.07.19

**Parasphan**  
10 comprimés effervescents

DEBUT  
D'EXECUTION

PPV 17DH30  
EXP 04/2025  
LOT 21024 4

FIN  
D'EXECUTION

**Vita C1000**

PPV 26DH90 EXP 07/2025  
LOT 28031 8



Casablanca : 0961/1023 الدار البيضاء في :

BATRAS FATMA

Docteur Houla BITTAF  
Médecine Générale  
375 Bd Bouchaib Doukkali RDC  
Hay El Farah - Casablanca  
Tel : 05 22 82 04 26

168,20

2) Aspirine sachet

14,60 x 2 sachet x 21 j x 1

2) Aspirine sachet (x3)

14,30 x 2 sachet x 21 j

3) Rhinofluorol sachet (x2)

26,90 sachet x 31 j x 1

4) Aspirine sachet

17,30

5) Parasetamol sachet

Docteur Houla BITTAF  
Médecine Générale  
375 Bd Bouchaib Doukkali RDC  
Hay El Farah - Casablanca  
Tel : 05 22 82 04 26