

# 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

- Reclamation : 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

M22- 0023047

149376

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 261 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Z. RANI MENNANA Newla BAHAR

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 0662326022 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Said RAMY**  
RHUMATOLOGUE  
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca  
Tél: 0522 26 68 78  
INPE 051118794

Date de consultation : 4/2/23

Nom et prénom du malade : A. BAHAR MENNANA Age:

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

Nature de la maladie : PSH

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Déclaration de maladie M22-0023047

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 4/12/23         | 5                 |                       | 300                             | Dr Said RAMY<br>RHUMATOLOGUE<br>39, rue Omar el-Khatib, Casablanca<br>Tél: 0522 26 68 78<br>MPE: 091118794 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE HACIED<br>A. Elani MOHCHIE<br>39, rue Omar el-Khatib, Casablanca<br>Tél: 0523 34 86 75 | 4/12/23 | 1480,5                |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |
|------------------------------|---|------------------|-------------|---|
|                              |   |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX   |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS  |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION   |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont  
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatologue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et  
Colonnes vertébrale  
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي  
اختصاصي

خبرم كلية الطب بكلية علوم فدراس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

لشأن البورصة العليا

للتدريس الطبي

امراض الروماتيزم

للعمام العاضل، العضلات

العمود الفقري والرجل

الغضن بالشمعة

Casablanca, le 14/2/23

BAHAR NENANA

193,60 x3  
580,80

Fosavance 5600: 1cp/sema

3/4 h avant le petit de  
3 min

61,50 x6  
369,00  
Ache 15mg: 1cp le so

du repas 20 à 1min

44,40 x3  
133,20  
580c 20: 1gel 1 à

10,50  
86,70  
parental 500: 2cp nat d

1480,50  
sindolud: 1/2

GSM: 066

0522 26 68 78 : الهاتف - الجاني

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commer

E-mail : saidram@

Mobic®  
PPV: 61DH50  
PER: 10/25  
LOT: L3656  
6"118000"040569

Mobic® 15 mg  
PPV: 61DH50  
PER: 10/25  
LOT: L3656  
6"118000"040569

Mobic® 15 mg  
PPV: 61DH50  
PER: 10/25  
LOT: L3656  
6"118000"040569

Mobic® 15 mg  
PPV: 61DH50  
PER: 10/25  
LOT: L3656  
6"118000"040569

Mobic® 15 mg  
PPV: 61DH50  
PER: 10/25  
LOT: L3656

SIRDALUD® 4 mg  
Comprimés sécables  
PPV : 86.70 DH

ESAC® 20 mg  
éconazole  
20 gélules  
Pharm S.A.  
6 118000 241898

144,50  
6 118000 241898

6 118001 030293

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
**P.P.V: 193,60 DH**

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
**P.P.V: 193,60 DH**

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
**P.P.V: 193,60 DH**

