

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-006304

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 155617  
 Nom & Prénom : JALIL NOBAMED  
 Date de naissance : 01-01-1987  
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MARIF CASA  
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : 31,1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SEFRAOUI Maher  
Hépatologue Gastro-Entérologue  
175 Rue Boukraâ - Casablanca  
Tél: 05 22 27 78 18  
 Date de consultation : 26/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Jalil Nobamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur Rectum  
 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 : ACCOUEL 223  
 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
21/03/2023	contrôle gratuit			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 250, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	20.03.23	311.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/23	TD M Therza Alapmince pervic	PEC

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

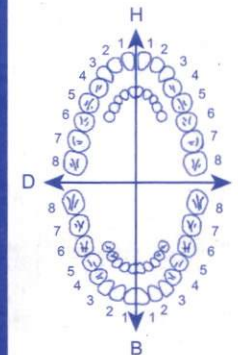
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr BERRADA M.

Radiologue

TVA n°: 705819

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Patente: 34770967

Domiciliation Bancaire: compte n°013 780 01120 000183 001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa CASA  
Casablanca le 20/03/2023

## ORDONNANCE

-Nom & Prénom : Mr. JALIL MOHAMED

-Examen demande : TDM THORACO ABDOMINAL *pelvien*

*311100*

-VISIPAQUE 320 MG 50 ML 1 BOITE

SV

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE EL JADIDA  
240, Rue Mohamed BAH  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed BAH  
Tél: 022 25 74 82  
Fax: 022 23 77 05

17, Rue Mohamed BAH (ex. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des Taxis-  
Maarif. Casablanca 20 100. Tél.: 022 25.74.82 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur  
N° AMM: 288/16 DMP/21/NNP

Composition: Iodixanol 652 mg quantité  
correspondant à iode: 320 mg par ml  
Excipients: trométamol, calcium édétate de sodium,  
chlorure de calcium, chlorure de sodium, HCl,  
Eau P.P.I.

Le flacon ouvert doit être utilisé  
immédiatement et ne doit en aucun  
cas être gardé pour un usage ultérieur.

Conserver à une température ne  
dépassant pas 30°C, à l'abri de la  
lumière et des rayons ionisants.  
Peut être conservé 1 mois à 37°C.  
Lire attentivement la notice  
avant utilisation.

Titulaire de l'AMM:  
GE Healthcare AS  
Nycoveien 1-2,  
Nydaalen Oslo Norvège

Fabricant: GE Healthcare Ireland  
Carrigtohill, Co. Cork, Irlande



1189837 FsAc