

## 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

- Réclamation : 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

N° W21-778907



**Maladie**



**Dentaire**



**Optique**



**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 131420 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BERRANOU OLA  
 Date de naissance : 30/01/1993  
 Adresse : 24 rue Ibnou Safial quartier hôpitaux Casablanca  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur A. LAMINE**  
 Chirurgie Orthopédique  
 Traumatologie  
 Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2  
 Moulay Rachid 2 - Casablanca  
 Tél. : 05 22 37 19 17  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Berranou Ola Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection virale + vomissements aigus  
 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 ADHÉRENT

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
16/02/23	C3		300,00	INP : 09/109/16000 Professeur A. Boukhal Chirurgie Orthopédique Traumatologie Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2 Moulay Rachid 2 - Casablanca Tel : 05 22 37 19 17

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ibn Tofail 89, Bd Anouar - Casablanca Téléphone : 05 22 37 19 17	16/02/23	193,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

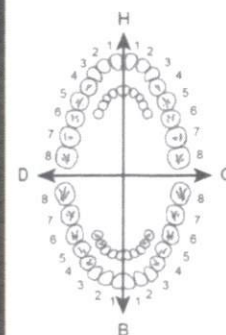
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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





مصحة الأمين  
Clinique Al Amine

Casablanca le 16/02/2023

Ela Barramou :

14,5

1) Doliprane 1g:

(S.V)

124,00

124,5

2) Soclaw 1g:

(S.V)

29,5

3) Nauselium 10mg:

(S.V)

26,5

4) Vitamine C 1g/j

(S.V)

SOCLAV 1g/125 mg  
Poudre pour suspension buvable  
Boîte de 16 sachets  
AMM N° 33716 DMP/21/1902



6 118000 022107

LOT : 8031  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 29 D11 00

Nauselium 10mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 031899

Vita C1000®  
20 comprimés effervescents



6 118000 032076

**Vita C1000®**

PPV 26DH90 EXP 11/2025  
LOT 2N052 11

Doliprane® 1000 mg  
Paracétamol  
10 Comprimés solubles



PP6 118000 040972

PER: 02/26  
LOT: MS42

CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal  
et Abou Marouane Abdelmalek  
CASA BLANCA  
Tél: 0522 86 36 36 Fax: 0522 86 05 30

PHARMACIE IBN JALJAL  
61, Bd Anoual, CASABLANCA  
Téléphone: 022.86.34.68  
022.86.34.68

73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)  
CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique\_alamine@hotmail.fr