

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-778883

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13420 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : A 58916

Nom & Prénom : BARRAMOU OLA

Date de naissance : 30/01/1993

Adresse : 27 Rue Ibnou Safial quartier G. Luptous Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2023

Nom et prénom du malade : Berramou ola

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : fort myopie + c. mi + rhin

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le contenu des Actes
04/10/2023			INP : 1000000000

## EXTRAIT DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de
04/10/2023 697,40	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

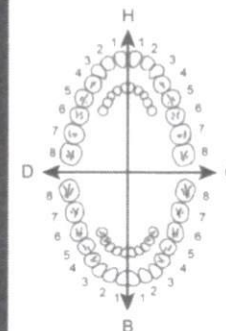
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

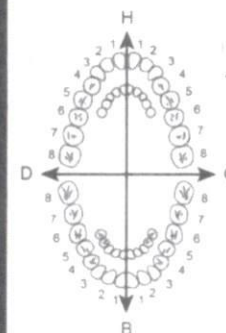
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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
D	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



Dr. Ahmed EL GHISSASSI

Spécialiste en  
Dermatologie - Vénérologie

الدكتور أحمد الغساسسي

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر  
مرض التناسلية

الرباط في : 4/4/20

M. Mr. Bortto

52,10 x 04

2 Di HNTSS

Pharmacie  
33, ALLES DES  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 66 00 09

4 m ch

0 An der cur ch

1/4 m 1-20 ju x

Diane<sup>®</sup>-35

Acétate de cyprotérone / Ethinylestradiol  
21 comprimés enrobés  
Bayer S. A.



Diane<sup>®</sup>-35

Acétate de cyprotérone / Ethinylestradiol  
21 comprimés enrobés  
Bayer S. A.



Diane<sup>®</sup>-35

Acétate de cyprotérone / Ethinylestradiol  
21 comprimés enrobés  
Bayer S. A.



Diane<sup>®</sup>-35

Acétate de cyprotérone / Ethinylestradiol  
21 comprimés enrobés  
Bayer S. A.



LOT N°:

EXP:

PPV:

LOT N°: 52,10

EXP:

PPV:

LOT N°: 52,10

EXP:

PPV:

LOT N°: 52,10

EXP:

PPV:

maphar

Bd Alkima N° 6, Q1, Sidi Bernoussi,  
Casablanca - Maroc  
KETODERM 2% GEL SAC B8  
P.P.V. : 84DH20



53 إقامة المنارة ركن زنتقي عمان و يوغسلافيا (بجانب سينما الملكي) الرباط - الفاكس : 05.37.72.20.32 - الهاتف : 05.37.72.32.68

53 Résidence le Minaret Angle Rue Amman Yougoslavie (à côté du cinéma Royal) - Rabat - Tél/Fax: 05 37 72 20 32 - Tél: 05 37 72 82 68

Sur Rendez-vous

بالموعد

② Vit C 20 m  
 26,50 x 02

**Maphar**  
 Bd Alkimia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Ketoderm 2% gel b8 sachet  
 P.P.V : 84,20 DH



6 118001 181490

**VITAMINE C 1g**  
 Boite de 20 comprimés effervescent  
 P.P.V : 26,50 DH



6 118000 190936

**VITAMINE C 1g**  
 Boite de 20 comprimés effervescent  
 P.P.V : 26,50 DH



6 118000 190936

**maphar**  
 Bd Alkimia N° 6, QI, Sidi Bernoussi,  
 Casablanca - Maroc  
 KETODERM 2% GEL SAC B8  
 P.P.V : 84 DH 20



6 118001 181490

③ Fi x AFTER u 1/20  
 2 2 0 x 3

⑤ Fi x A toil m 14/10

PHARMACIE CHIVILLE  
 33, ALLES DES FONTONVILLE  
 CASABLANCA  
 Tél : 05 22 66 09 00

Dr. Ahmed EL GHIBBOUSSI  
 Dermatologue - Vénérologue  
 53, Résidence Le Minaret  
 Rue Aman, 5ème Etage - Rabat  
 Tél : 05 37 72 20 32 / 72 82 68

⑥ la de avril 25 y 1/20



6 118001 320103

⑦ 99,60 x 02  
 ⑧ 84,20 x 04  
 TO DER

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22127  
 EXP: 09/2025

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22127  
 EXP: 09/2025

**maphar**  
 Bd Alkimia N° 6, QI, Sidi Bernoussi,  
 Casablanca - Maroc  
 KETODERM 2% GEL SAC B8  
 P.P.V : 84 DH 20



6 118001 181490

T=697,40