

## 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° P19- 055915

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2318 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAROUCH AMINA  
Date de naissance : 1956  
Adresse : Attadamonne Rue 1 Inn 80 App 5  
Oulfa Casa  
Tél. : 0661871315 Total des frais engagés : 1546,96 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/4/2023

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/4/2023			300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/4/23	1246.90

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

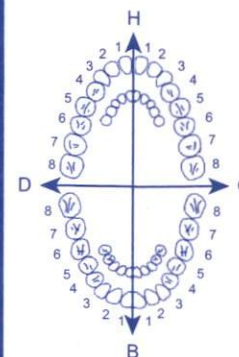
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

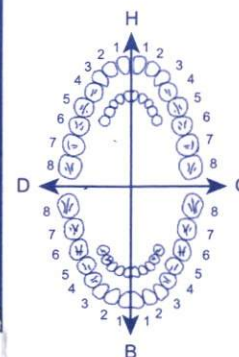
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



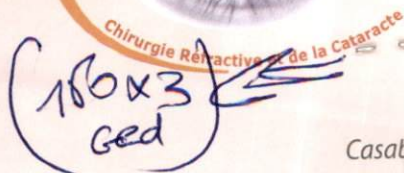
AROUC

2025-11-11 faculté de  
anica  
LOT 306495  
PPC: 150 DH

LOT 306495

PPC: 150 DH

69501293



الهاروش  
مراض  
ون

PHARMACIE ABWAB ALKHAIR  
Operation les portes  
de Marrakech 1  
Ghob (0344 088)  
Doha Hay Hassani  
Marakech  
Tel: 05 24 01 75 70  
150,00 x 4  
HYLOCOMOD

Mme HAROUCH Amina

Casab

Blefaritte

PPC 159,00 DH



8 032668 871717

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

125,00

HYDRA MED NIGHT

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

159,00

BLEFARETTE

Chauffer les paupières pendant 10 min puis les masser  
essuie avec blefarette le soir  
dans les deux yeux, pendant 1 mois

32,90

PHYSER (FROID À 4°)

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans les deux yeux, p

110,00 x 3

DOXYMYCINE 100 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 Mois

1246,90

PHARMACIE ABWAB ALKHAIR  
Operation les portes  
de Marrakech 1  
Ghob (0344 088)  
Doha Hay Hassani  
Marakech  
Tel: 05 24 01 75 70

710071 300811 9  
ISOPHARM  
PHYSER  
Sérum  
physiologique  
32.90 dhs

PFU 110DH00  
EXP 06/2024  
LOT 26027 2

DOXYMYCINE\* 100 mg

PFU 110DH00  
EXP 10/2024  
LOT 28010 2

DOXYMYCINE\* 100 mg  
30 comprimés dispersibles



6 118000 032403

PFU 110DH00  
EXP 10/2024  
LOT 28010 2

DOXYMYCINE\* 100 mg  
30 comprimés dispersibles



6 118000 032403

44, Rue des  
Tél./Fax : 05 22 27 00 21 - Tél.: 05

Centre d'exploration, Pentacam  
phie Numérisée - Laser - Echographie  
ace des urgences Averoes) - Casablanca  
14 59 - E-mail : meriharouch@yahoo.fr  
Site: www.ophtalmo-lasik.ma

4 031626 710369



2025-11.

LOT

306495.

PPC:

150 DH.