

## 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

- 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 Angie 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- 0018904

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06415 Société : RAM 168965  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GOUNTY LEASSANE  
Date de naissance : 01/01/1964  
Adresse : P° 5, Rue Khalil Matran  
Casablanca  
Tél. : 0676681495 Total des frais engagés : 330 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 AVR 2023  
Nom et prénom du malade : Fatima Zahra GOUNTY Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Asthme Allergique  
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 : Casa Le : 14/07/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : 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 Reçu des Actes
13 AVR 2023		4	130,00	<b>Dr. EL HAMMOU ABDELATI</b> Res. Val Rose "B" 2ème Etage Angèle Albert Premier Jr. EL HAMMOU ABDELATI Res. Val Rose "B" 2ème Etage Angèle Albert Premier
06 JUIN 2023		1	9	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/23		30,20
	08/07/23		261,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

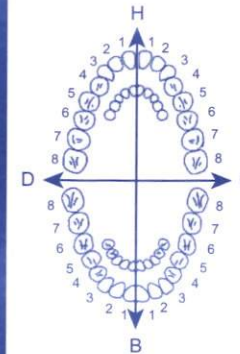
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23C14  
EXP: 03/2026PPV: 49,60 DH  
LOT: 23C14  
EXP: 03/2026

Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz  
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي  
الطب العام

Casablanca le: 06 JUIL 2023 في الدار البيضاء

Gourty Fatima-Lilve

W. 10.10.14

17 Takfimi 80

u.g. 6000

29 D. cur. Ant

Applisj

= 261,90

PHARMACIE CONFIDENTIELLE  
Docteur HABA MOHAMED  
637, Bd. Mohamed  
Tél: 05.22.24.94.80 Casablanca

El HAMMOUYI Abdelaziz  
Rég. Val Rose "B"  
2ème Etage Angle Albourj premier  
Boulevard Mohammed V - Casablanca



Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz  
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي  
الطب العام

Casablanca le: 13 AVR 2023 في الدار البيضاء

Fatma Fatma GOURTY,

30.70  
Nuvant  
1 box

1/2 henterbups



صيدلية النصيحة  
PHARMACIE AL NASSIHA  
Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz  
637, Bd. Mohamed V  
Tél: 05.22.24.94.80 - Casablanca  
r. EL HAMMOUYI Abdelaziz  
Res. Val Rose "B7"  
2ème Etage Angle Albert Premier

ساحة ال ياسير فالروز-ب- الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء- الهاتف: 05 22 24 55 55  
Place El Yassir VALROSE B N5 2ème Étage Bd. Med V-Casa-Tél:05 22 24 55 55