

## 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

M22- 0036022 **70500**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **606 + 842** Société : **RAM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **HELIHARTI Abdelhak F. Toti ASSIA**  
 Date de naissance : **01/07/1947**  
 Adresse : **Hay EL HANA, Rue 27, N°8, Casablanca**  
 Tél. : **0522362204** Total des frais engagés : **490,50 DA** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17 / 7 / 23**  
 Nom et prénom du malade : **A. Hani Abdelhak** Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **myelome multiple**  
 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 : **Casablanca** Le : **17 / 7 / 23**  
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**


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
17/11/23	Coulé		G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou de l'Ordinaire	Date	Montant de la Facture
	18/11/23	490,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

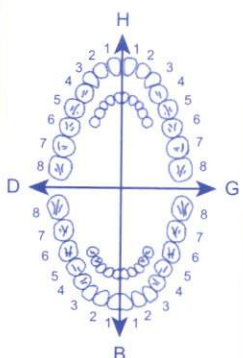
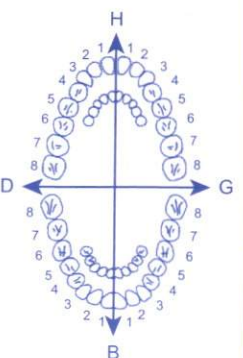
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Mr EL Hach Abdelmajid

100,40 X 3

1) Alkaran 2mg q



(3 biles)

48,70 X 3

2) Solupred 20mg q



43,20 X 1 (3 biles)

3) Zyloric 300  
7 biles



Dr. MEROUJ Fatima  
Nématologue - Cardiologue Pédiatrique  
Clinique Al Madina  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49  
Email : fmerouj25@yahoo.fr

Pharmacie MILAD  
Mme Samira ABDERRAHMANE  
283, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca  
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49  
INPE: 092042654



43,20



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**إحترم الجرعات الموصوفة**

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة I)

Uniquement sur ordonnance.

لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.

يحفظ الدواء بعيداً عن رؤية و متناول الأطفال.

 سوطيما  
Sothema

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

 aspen

**ZYLORIC 300 mg**



Boîte de 28 comprimés

A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022275



Exp : 03 2022

Lot : 2118001

Fab : 03 2022

Alkeran® 2 mg

Flacon de 50 comprimés pelliculés

PPV : 100,40 DH

AMM N° 119 DMP /21/NCI

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 - Bouskoura



6 118001 071685

**Alkeran® 2mg**

Comprimé pelliculé

Melphalan

أقراص مغلفة  
ميلفالان

 aspen





Exp : 03 2022

Lot : 2118001

Fab : 03 2022

Alkeran® 2 mg

Flacon de 50 comprimés pelliculés

PPV : 100,40 DH

AMM N° 119 DMP /21/NCI

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 - Bouskoura



6 118001 071685

**Alkeran® 2mg**

Comprimé pelliculé

Melphalan

أقراص مغلفة  
ميلفالان

 **aspen**







Exp : 03 2022

Lot : 2118001

Fab : 03 2022

Alkeran® 2 mg

Flacon de 50 comprimés pelliculés

PPV : 100,40 DH

AMM N° 119 DMP /21/NCI

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 - Bouskoura



6 118001 071685

**Alkeran® 2mg**

Comprimé pelliculé

Melphalan

أقراص مغلفة  
ميلفالان

 **aspen**





**Solupred® 20mg**

Lot/Batch: 1P41A  
Fab/mfg: 03/2022  
EXP: 02/2025

**Solupred® 20 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترم المقادير المعينة**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70 DH



6 118000

060536







**Solupred® 20mg**

Lot/Batch: 1P41A  
Fab/mfg: 03/2022  
EXP: 02/2025

**Solupred® 20 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترم المقادير المعينة**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70 DH



6 118000

060536





**Solupred® 20mg**

Lot/Batch: 1P41A  
Fab/mfg: 03/2022  
EXP: 02/2025

**Solupred® 20 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترم المقادير المعينة**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70 DH



6 118000

060536

