

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

**M22- 0008896**

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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581      Société : RAM  
☐ Actif      ☒ Pensionné(e)      ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZARRA Abdelhak  
 Date de naissance : 26.04.1957  
 Adresse : 111 AZU' SUB NARAHUCCY  
 Tél. : 0621548270      Total des frais engagés : 447,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 11 AOUT 2023  
 Nom et prénom du malade : ZARRA ABDELLATIF      Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même      ☐ Conjoint      ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + DR Diab  
 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 : RA      Le : 11 / Aout / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [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)

[illegible]

Dr. Ibrahim Aït Hammou  
Docteur Ibrahim Aït Hammou  
ANCIEN MEDECIN AUX S. SAINTE-FAR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE COTIERE</b> Mme BERRADA IMANE Docteur en Pharmacie 573 Lot Moulinea Bel Jadida Tel 0523 39 31 80	11/08/23	297,50

**PHARMACIE COTIERE**  
Mme BERRADA IMANE  
Docteur en Pharmacie  
573, Lot Moullha - El Jadida  
Tel: 0523 39 31 60

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

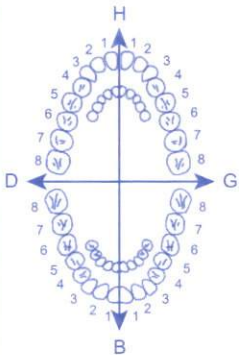
des Honoraires

## RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

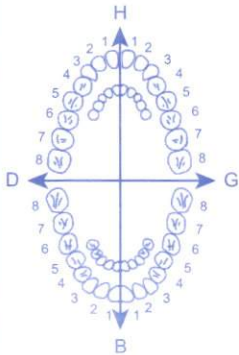
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: right;"> <b>G</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

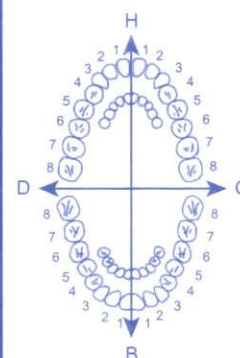
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

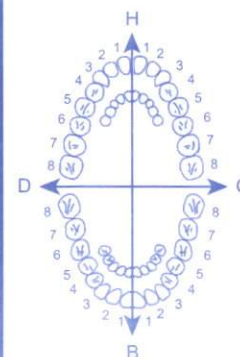
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE 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

Dr. Brahim AIT HAMMOU

OMNIPRATICIEN

Ancien medecin aux s.sante des F.A.R

الدكتور إبراهيم أيت حمو

الطب العام

طبيب عسكري سابقا

El Jadida le : 11 AOUT 2023 الجديدة في

Age :

Pds :

Tlle :

Gly :

9E9050.000811.9



LOT 303

PER DEC 2025

EXPIRY DATE

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Aloverne citrate 60 mg / Simeticone 300 mg  
P.P.V. : 40 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Aloverne citrate 60 mg / Simeticone 300 mg  
P.P.V. : 40 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA

3001 100293

**DUSPATALIN 200MG**  
GELU B20  
P.P.V. : 40 40 DH  
LOT : 236001V  
PER : 03 2025

118000010531

L 3339  
P: 06/26  
85,50 DH

**PHARMACIE COTIERE**  
Mme BERRADA IMANE  
Docteur en Pharmacie  
573 Lot Mouline - El Jadida  
Tel : 0523 39 31 80

الدكتور إبراهيم أيت حمو  
طبيب عسكري سابقا  
Docteur Brahim Ait Hammou  
OMNIPRATICIEN  
ANCIEN MEDECIN AUX S.SANTE F.A.R

شارع محمد أرسلان الجديد - قبالة ثانوية المنار و فوق الصيدلية الساحلية

Av. Med Arsalane Al Jadidi - Face au lycée Al Manar au Dessus Pharmacie Côtère

Tél : 05 23 34 84 84