

# 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 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

M23-003146

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0819 Société : RAM 173375  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : M<sup>me</sup> MAKOUT Bouchaïb  
 Date de naissance : 01-07-1944  
 Adresse : Hay El Hanan Lot chermi R. 5 N°7 Hay Salam LRA  
 Tél. : 0667048907 Total des frais engagés : 1948.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed Mehdi ALAOU  
 Date de consultation : 28/08/23  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare connaître la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 30/08/2023  
 Adh. (e) : KARLA

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08 AOÛT 2023    |                   |                       |                                 | Dr. Mohamed MENDI ALAOUI<br>Spécialiste des Maladies du Cœur<br>Lot Moulay Tahar, BP 14752, MHZA Pte 1 Apt 8,<br>(Rond-point Georges El Oufi - Casablanca)<br>DR. MOHAMED MENDI ALAOUI<br>Spécialiste de la Cardiologie et des Maladies du Cœur |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOPHIA<br>Mme. Benbrahim Ep. Sidioui<br>214, Bd. Ibn el Khatib - CASABLANCA<br>Tél: 0522 360154 | 28/8/2023 | 1647,00 04            |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

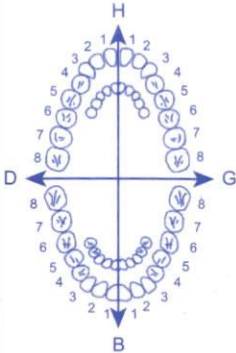
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                      |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
|  |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |
|   |                   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |
|   |                   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |
|   |                   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |
|   |                   |  |                     |             |                            |                      |

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

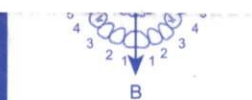
# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

# [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

J'atteste avoir pris connaissance de  
Fait à : .....  
Signature de l'adhérent



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرائين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

• تخطيط القلب • فحص القلب بالصدى • فحص الضغط الدموي • تخطيط القلب بالهولتير • فحص اختبار الجهد

• Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epreuve d'effort

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEaux

د. محمد المهدي العلوي

إختصاصي في أمراض القلب والشرائين

Casablanca, le : 28 AOUT 2023 : الدار البيضاء، في :

316.00 x 3

27.70 x 3

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sobaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

x3 ced

x3 ced

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

N° 141 Bd HH24 - Appt 6 - 1er étage (Rond point George) El Oulfa - Casablanca

مولاي التهامي، الرقم 141، شقة 6 الطابق الأول (مدار جورج) الولفة - 1

05 22 01 34 34 - Urgences / WhatsApp : 06 16 50 82 74

155.90 x3

Costal 40

75

49.40 x3

Ally

75

2

1647.00

Pharmacie SOPHIA  
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui  
214, 3d. 10r - Sina - CASA  
Tel: 0522 36 01 64

LOT : 230879  
EXP : 06/2026  
PPV : 155,90DH  
x3 ced

49,40

x3 ced

Dr. Mohamed Mehdi ALAQUI  
Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Lot 100, Pointe Mimmi, 101 Bd. FH24 Etg 1 Appt 6,  
(Grand Point George) 21 Ouda - Casablanca  
Tel : 05 22 01 34 34 - Gsm / Whatsapp : 05 16 50 82 74