

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-814775

174092

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIDAOUI Rachida

Date de naissance : 29/08/2023

Adresse : Hachibella

Tél. : 0666 274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. EL INANI-AMINE T.

**SPECIALISTE**  
**GYNECOLOGIE ACCOUCHEMENTS**  
44, Place Mohammed V  
Tél : 05.22.27.13.38

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/08/2023

Nom et prénom du malade : RIDAOUI Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Vaginale

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 : 0888 Le : 29/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

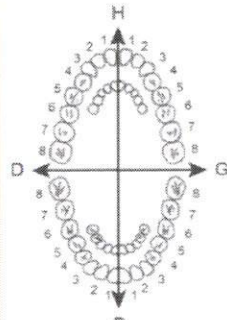
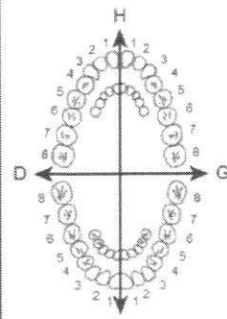


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/08/23	C2		4000	Dr. EL MOHAMMED T. SPECIALISTE GYNÉCOLOGIE ACCOUCHEMENTS 44, Place Mohammed V

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA 61, Av des F.A.R Casablanca Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69	29/08/23	362.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																								
		25533412	21433552																							
		00000000	00000000																							
		D			G																					
		00000000	00000000																							
		35533411	11433553																							
		B																								
		[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

# Dr ELINANI - AMINE Touria

Expert Assermentée auprès des tribunaux

**SPECIALISTE**

Gynécologie - Obstétrique Accouchements

**STERILITE**

Echographie Gyneco - Obstetricale

44, Palace Mohammed V ,

Angle Boulevards des FAR et Ex Hansali - Casablanca

Tél : 0522 26 63 49 - 0522 27 13 38

E-mail : elinatouria@hotmail.com

الدكتورة العناني أمينة ثريا

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية

أمراض النساء والولادة

العقم

الكشف بالصدى

44, ساحة محمد الخامس زاوية شارع الجيش الملكي والحنصال

الهاتف : 0522 26 63 49 - 0522 27 13 38

Casa le : .....

Casablanca le, 29/08/2023

Mme RIDAOUI Rachida



46.20

CANAFLUCAN 150 1%

1 cp /semaine x 4 semaines

63.60

COLPOTROPHINE

1, le soir au coucher, pendant 1 mois

+ 33.80

ROGER CAVAILLES CRÈME

1 application matin et soir

ROGER CAVAILLES MYCOLEA

toilette intime

189.00

Menopace  
up 1/2

T=362.60



**PHARMACIE MAKHABA**  
André ACHOUR  
61, Av des F.A.R Casablanca  
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69



Dr. EL INANI-AMINE  
SPECIALISTE  
Gynécologie - Accouch  
14, Place Mohammed V  
Tél: 05 22 26 63