

# 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- 0007630

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2584 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BADRANE FOHAD

Date de naissance : 01.06.1954

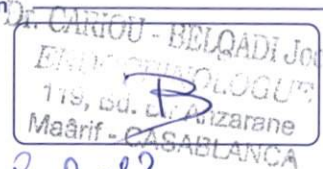
Adresse : 23 Lot EL HAJ FATEH ETAGE 1 OULFA CASABLANCA

Tél. : 06 66 82 36 31

Total des frais engagés : 1284,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15.08.2023

Nom et prénom du malade : TAHIR Haliba Epouse BADRANE Age : 1953

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde - diabète et hypertension

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 : 15 / 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
10/08/23	C	1	3000,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE WILAYA MOULOUYA</b> <b>ZEKRI Abdelati</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>224-22-224-84 Oued Moulouya EL Oued</b> <b>Casablanca - Tél: 0522 90 5741</b> <b>ACE: 002291220000071</b>	10/08/23	1084,80

# 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.

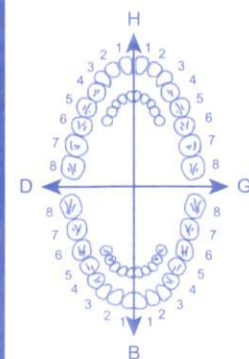
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

6"118001"102020"  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6"118001"102020"  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6"118001"102020"  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6"118001"102020"  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6"118001"102020"  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

دكتورة كاريو بلقاضي جوييل  
اختصاصية في أمراض الغدد و التمثيل الغذائي

خريجة كلية الطب بباريس  
6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

M<sup>r</sup> TAHIR Hobibe ep BADRANE  
Casablanca, le : 15/08/83

6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

24,40 x 6  
13,40 x 6 LEVOTHYROX 100 et 50

SV  
SV

42,20 150 µg - d'jeun - 6 jours / 7

6"118001"102013"  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

201,00 1 µg 50 1 jour 170

SV

42,20 x 6  
celufra 90

leur 1 seret tous les 2 jours

Gnion 2p1. 00 x 3  
Deflon 600

SV

Dr. CARIOU BELQADI  
ENDOCRINOLOGUE  
119, bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

27,150 x 2 1 le matin

Diclo sup 100 1/0

SV

36,70 - 2 28 ANXIOL 1/4 le soir

27,150 27,150 36,70

SV

20100 الدار البيضاء - المعاريف - (ب) الطابق الثاني - إقامة رمزي، باب

05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA  
Tel.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE: 001634169000021

Σ = 1084,80