

# 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

M23-0022153

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société : RAH 177075

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRY REDOUANE

Date de naissance : 11/04/1983

Adresse : Lot 42 Coopération Elchich

Tél : 0677945663

Total des frais engagés : 2829,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/04/2023

Nom et prénom du malade : Choukry Redouane Age : 40 ans

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

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique

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 : Berrechid le 24/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
24 AOUT 2023				Dr. TALIBI Hassan 0522.517.574/0663.866.610

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Ried  
DR. SYLAM TAMER  
N°: 1-2 Mosquée Ried  
Riad (A côté du Stade Sportif) BORDJ  
Tél / Fax: 05 22 33 65 22

24/08/23 629,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

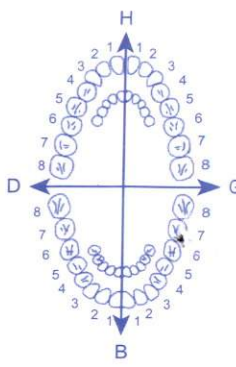
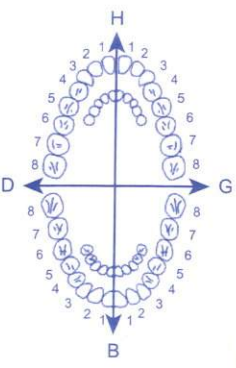
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														



Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن  
طبيب عام

Du en Rhumatologie ( Bordeaux - France )  
Du en Dermatologie Interventionnelle ( Rabat )  
Du en Diabétologie ( Bordeaux - France )  
Du en Gériatrie ( Bordeaux - France )  
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique ( Paris - France )  
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري (بور دو - فرنسا)  
دبلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب - الرياض)  
دبلوم في علاج السكري (بور دو - فرنسا)  
دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بور دو - فرنسا)  
دبلوم في الليزر الطبي (باريس - فرنسا)  
الخاتمة الطبية - الجراحة الصغرى - الطب التجميلي

Berrechid le : 24/08/2023 برشيد في :

MR CHOUKRY REDOUANE

89,00x3

• EXIDEP 5 MG

1 comprimé le matin x 3 mois

98,80x3

Athymil 30 mg - comprimé pelliculé

1/4 de comprimé le soir

3 mois

95,00

• TETRAMAG ( Ne pas changer )

1 Gélule le soir x 1 mois



24/08/23  
2024

ATHYMIL® 30 mg  
Chlorhydrate de miansérine

98,30

ATHYMIL® 30 mg  
Chlorhydrate de miansérine

LOT 250583  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

TETRAMAG 30 CAPSULES  
Complément alimentaire  
Poids net 29.19 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 95.00 DH

U035  
01/2025



شارع محمد الخامس. زاوية زنقة يعقوب المنصور. عمارة الحاج أحمد برشيد. المدخل "C". الطابق الاول. شقة 1  
برشيد - أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74



x3 ←  
Gad

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 21005

PER 08/24

PPV 300DH

5 mg

**EXIDEP®**

30 Comprimés enrobés

**ATHYMIL® 30 mg**

Chlorhydrate de miansérine

LOT 230363

EXP 02/2026

PPV 98.30DH