

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horlog 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**  
M23-004583

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344

Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : Boufarki Mohamed

Date de naissance : 1968

Adresse : habituelle

Tél. : 0668 197659

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade : FADILA MOUCED

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.

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 : 04 / 10 / 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
04/10/2023			200 DA	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ilija Aliu Madi  
BERRECHID -  
Tél: 05 22/33 64 01

04/10/23

252,00

### 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

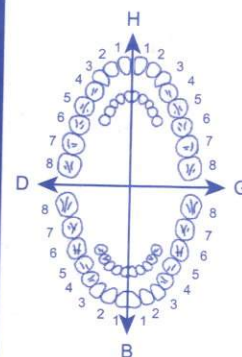
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

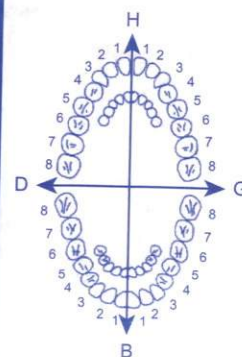
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Bouafi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرات

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

-الرباط-

Berrechid le ..... 04 OCT 2023 ..... برشيد في

Bou FID FADILA



1) 120 mg 36,40  
2) 87,00  
3) 87,00  
4) 87,00  
5) 87,00



Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ibn Abi Madi  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 33 64 01

1) 120 mg 36,40  
2) 87,00  
3) 87,00  
4) 87,00  
5) 87,00



Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ibn Abi Madi  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 33 64 01

1) 120 mg 36,40  
2) 87,00  
3) 87,00  
4) 87,00  
5) 87,00



Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ibn Abi Madi  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 33 64 01

1) 120 mg 36,40  
2) 87,00  
3) 87,00  
4) 87,00  
5) 87,00



Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ibn Abi Madi  
- BERRECHID -  
Tél: 05 22 33 64 01

252,00

185 ، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 05 22 51 62 62



Kopred® 20 mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

LOT : 4434  
PER : 05 - 26  
P.P.V : 36 DH 40

DOGMATIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

ARTANE 5MG  
CP B20

P.P.V : 13DH30



6 118000 060314

BioVanic 500 mg  
7 Comprimés  
De la Pharmaceutique



6 118000 410065

DOGMATIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

LOT: M0962  
PER: 02/2025  
PPV: 87,00 DH

LOT 211262  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg  
28 gélules



118001 100088

DOGMATIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153