

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0031101

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5708 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : ADDAKOU HASSAN  
Date de naissance : 01/01/65  
Adresse : 08, RUE LE JARDIN, 2, DES HPX  
CASA, APTE 27  
Tél. : 0661 066260 Total des frais engagés : 1216,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 / 1 / 2024  
Nom et prénom du malade : ADIL ADDAKOU Age : 26  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : trouble anxieux  
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 : CASA Le : 2 / 01 / 2024  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2/1/24          | C                 |                       | 200                             |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

2/1/24 916.50

### 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 :

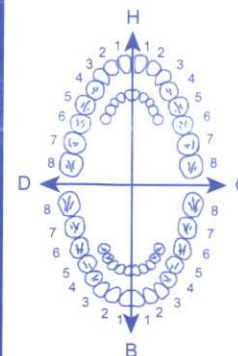
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

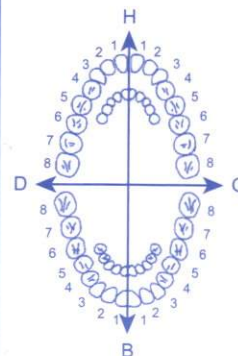
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 Sâad IBN MOUFTI

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue



الدكتور سعد ابن المفتي

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية و العقلية

معالج نفسياني

علاج الإدمان

Casablanca, le

2/1/2024

M<sup>r</sup> ADIL ADDAKOU:

① Zepam 6mg cp : 3470x3 1 832693

② Esuplen 600mg cp : 180, 100x3 1 832694

③ ALPERID E 100mg cp : 90, 70x3 1 832695

Traitement de 3 mois

916.50

Pharmacie LILAS.M  
Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Casanova / Bd. Abdelmoumen  
Quartier de Hôpitaux - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

الدكتور سعد ابن المفتي  
طبيب نفسياني  
Docteur Saâd IBN MOUFTI  
Psychiatre  
Boulevard Ibrahim Roudani  
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Étage  
Tel: 0522 98 21 98

شارع ابراهيم الروداني، المركز التجاري نادية، عمارة 4، الطابق 3 - الدار البيضاء

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Étage - Casablanca

Tél. : 05 22 98 21 98 - GSM : 06 23 80 69 57 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr



**Zepam® 6 mg**  
triazolam  
30 comprimés bâtonnets  
quadriséables




6 118000 040873

**Esciplex® 20 mg**  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
sécables  
AMM N° 131/21/NRQd/DMP/VHA/18



6 118000 022800

**ALPERIDE® 100 mg**  
**AMISULPRIDE**  
30 comprimés sécables



6 118000 120872

PPV: 34DH70  
PER: 11/26  
LOT: M3853

LOT 232351 1  
EXP 08 2025  
PPV 180.10 DH

atlas

**Zepam® 6 mg**  
triazolam  
30 comprimés bâtonnets  
quadriséables




6 118000 040873

**Esciplex® 20 mg**  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
sécables  
AMM N° 131/21/NRQd/DMP/VHA/18



6 118000 022800

**ALPERIDE® 100 mg**  
**AMISULPRIDE**  
30 comprimés sécables



6 118000 120872

PPV: 34DH70  
PER: 11/26  
LOT: M3853

LOT 232351 1  
EXP 08 2025  
PPV 180.10 DH

atlas

**Zepam® 6 mg**  
triazolam  
30 comprimés bâtonnets  
quadriséables




6 118000 040873

**Esciplex® 20 mg**  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
sécables  
AMM N° 131/21/NRQd/DMP/VHA/18



6 118000 022800

**ALPERIDE® 100 mg**  
**AMISULPRIDE**  
30 comprimés sécables



6 118000 120872

PPV: 34DH70  
PER: 11/26  
LOT: M3853

LOT 232351 1  
EXP 08 2025  
PPV 180.10 DH

atlas