

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.
- 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 une fois par an.

## 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M23- N° 0032475

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM. 197180

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TARHAI ABDEERRAHMANE

Date de naissance : 14/11/66

Adresse : CASA PARE sidi Pourcel imm 6 Apt 6  
3ème etage CASA

Tél : 0675502215 Total des frais engagés : 703,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/24

Nom et prénom du malade : TARHAI M. Hachib Age : 7

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

Nature de la maladie : Grippe

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 : 01/03/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FF05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur		Date 12-01-24	Montant de la Facture 092010982
--	--	------------------	------------------------------------

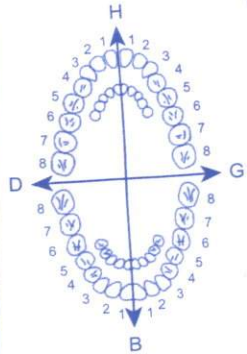
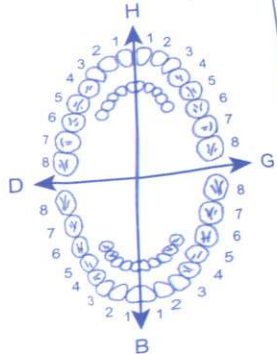
[illegible][illegible]

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.

Veuillez joindre les radiographies en coupe

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 <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Dr. Omar Berrada

Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico-faciale



- Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin de l'hôpital 20 août à Casablanca

- Explorations de la surdité et des Acouphènes
- Ronflement
- Vertige et trouble de l'équilibre
- Explorations Endoscopies
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie endoscopique

## الدكتور عمر برادة

أخصائي في أمراض وجراحة الأنف  
والأذن والحنجرة

- خريج كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق في مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- تشخيص نقص السمع والطنين
- الشخير
- الدوخة وإضطرابات التوازن
- الفحص بالمنظار الداخلي
- جراحة الغدة الدرقية
- الجراحة بالمنظار

12/01/2024

Casablanca, le : ..... في : الدار البيضاء

### Enf. TARHALI Mohamed Choaib

#### DOLIPEDIATRIQUE

1 ddp X 3 / J si fièvre

#### BRUFEN SIROP

1 cam et 1/2 X 3 / J à alterner avec la fièvre

#### AEROMAX SPRAY NASAL

1 pulvérisations X 2 / J

#### STÉRIMAR EAU DE MER ENFANT

1 lavage X 3 / J

Augmentin 500mg  
1 - 1 - 1

199 Bd Bourdeaux-Casablanca  
Tél : 06 22 49 21 71 / 72

Pharmacie  
Nouha El Aouel  
Détenteur en Pharmacie



552, شارع كلميمة الطابق السادس، مكتب رقم 28، حي بوركون النازر البيضاء  
552, rue Goulmima 6ème étage, Bureau n° 28, Quartier Bourgogne - Casablanca, Maroc

Urgence 06 77 54 88 74 05 22 22 80 68 drberradaomaror@gmail.com

PPV (DH):

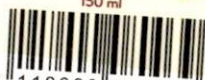
Lot N°:

UT. AV:

# BRUFEN®

100 mg/5 ml

**BRUFEN** 100 mg/5 ml  
Suspension pédiatrique  
150 ml



6 118000 080039

**Aeromax** 100µg/dose

Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

**Aeromax**®  
Budésonide

LOT: 066T042A

PER: 09/2025

PPV: 190.00 DH



3 3331300 097214 >

LOT



FE3003C

M: 2023/01

2025/01

**AUGMENTIN**  
500mg/62.50mg  
12 sachets



6 118000 160243

PPV: 79,90 DH  
LOT: 652424  
PER: 04/25

