

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M23-002796 **197462**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5700** Société : **RAM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **HARAR ZINETTE Echaraf**  
 Date de naissance : **08-01-58**  
 Adresse : **12 Rue des Trinités - Q. Racine - Maarif**  
 Tél. : **0661 07 10 80** Total des frais engagés : **1090,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**DR. ERRAJRAJI Zineb**  
Endocrinologue Diabétologue  
737, Angle Ben Moulay Youssef et Rue Central  
Résidence M°S. MAR 1er étage N°3 - Casablanca.  
Tél : 05 22 26 52 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/02/24**  
 Nom et prénom du malade : **HARAR ZINETTE-Echaraf** Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **diabète + glicémie**  
 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 : **20/02/2024**  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

ADHERENT



# 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
12/2/24	C2	300dh		DR. ERRAJDA IL Azeb Endocrinologue Diabétologue 737, Angle Bouin, ... Résidence M'Hammadi 1er étage N°3 - Casablanca. Tél : 05 22 26 52 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ibn Al-Khatib 5, Rue Jedd El-Joune Soyouti Quartier Racine 05 22 36 48 24 - Casablanca	12/2/24	T. 790, 20

# 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

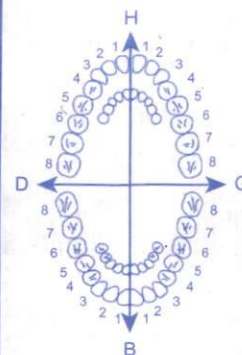
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

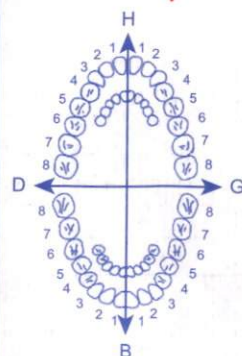
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholesterol



والعدد  
السنة - الكوليسترول

12/2/24

48 Hajar ZINEB - E. R. A. J. R. A. J. I

Trulicity 1/5 (aide)

1mg / semaine

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 06/2026  
LOT 2D003 5



6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

Jardiance 25

ADO 1g

14x21

Simvastatin 40

Pharmacie L. ALLOUCHE  
5, Rue Jala' E-doune Sayouti  
Casablanca  
Tel: 05 22 26 52 11

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH

a N° 6, QI,  
oussil, Casablanca  
3E 100 000 UI/2 ml  
V

0 DH  
185

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH



de préférence  
81,70 DH  
Lot: L22119  
Per: 04-2025

Trulicity 1/5

Becidouze 25

737, Angle Bd Moulay Youssef, Rénovation Boukraa, Résidence Miramar N° 3 - 1er Etage

Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 11