

# 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'H  
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**  
**M23-008946**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R. A. M. 198817  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SENOUNEI MAMOUN  
 Date de naissance : 18/02/1944  
 Adresse : 6, Rue Mohamed Aïn Dda  
 Tél. : 0661282430 0661411630 Total des frais engagés : 300,00 + 863,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2019  
 Nom et prénom du malade : SENOUNEI MAMOUN Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète de type 2  
 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 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 Rattachement des Actes
21/3/2024		9	300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB ESSAM (SARL) Mouhannane Amal Docteur en pharmacie Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca Tel: 05.22.94.15.14	22/01/2024	863,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE BAB ESSAM (SARL) Mouhannane Amal Docteur en pharmacie Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca Tel: 05.22.94.15.14			

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412   21433552              00000000              D ————— G              00000000   00000000              35533411   11433553              B           </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

**Dr Chadia BENCHEQROUN**

**Cardiologue**

**Ancienne externe des hôpitaux de Paris**

**Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux**

**Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux**

**CES des maladies du cœur et vaisseaux**

**Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire**

**Membre de la Société Française de Cardiologie**

**Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie**

**CASABLANCA LE 22 JANVIER 2024**

**MADAME SENOUSI JAMILA**

50,70 x 4 1/- **CARDENSIEL 2,5 MG**  
1/2 CP/J LE MATIN.

133,60 x 4 2/- **DIOVENOR 600 MG**  
1 CP/J LE MATIN.

13,40 x 4 3/- **LEVOTHYROX 50 µg**  
1 CP/J LE MATIN.

28,80 x 4 4/- **VITANEVRIL FORT**  
1 CP X 3/J MATIN, MIDI ET SOIR.

89,50 x 4 5/- **D3NORM**  
6 GOUTTES/J LE MATIN.

**TRAITEMENT DE 3 MOIS**

د. شادية بنشقر  
**Dr. Chadia BENCHEQROUN**

**CARDIOLOGUE**

63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington  
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

**N° INP : 091 021 865**

**PHARMACIE BAB ESSALAM**  
(SISTY SARL)  
Pharmacie Amal  
Docteur en pharmacie  
27, Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca  
Tel: 05.22.94.15.14

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



**D3NORM<sup>®</sup>**  
200 UI GOUTTES BUVABLES



Lot: 230553  
A consommer  
avant le: 06/2026  
PPC: 89,50 DH

⇒ x4 Ged

183,60



Cardensiel<sup>®</sup> 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

PPV  
LOT  
PER

28,80

x4 ←  
Ged



Cardensiel<sup>®</sup> 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS



Cardensiel<sup>®</sup> 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS