

## 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-786514

99548

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10356

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ERRIACHAI - RACHID

Date de naissance : 30-01-1965

Adresse : LOT EZZOUBIR RUE MN289 APPA 1 OUF

Tél. 06 70 01 20 80 Total des frais engagés : 1682,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/2023

Nom et prénom du malade : ERRIACHAI Rachid

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 Paiement des Actes
22/12/2023			2000	INP 02106956

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

22/12/2023

168270

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

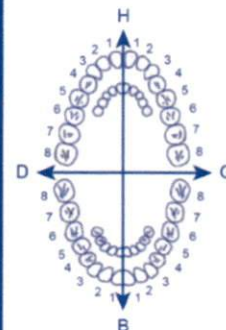
IM

IV

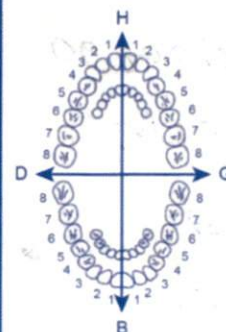
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

Docteur Saïd GZOUli

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف

فرايحي

Casablanca, le 22-12-2023 في الدار البيضاء

180,30 x 2 / que 160  
360,60 rpi

84,00 x 3, 272,160  
2748 Caudex 26  
748 rpi

36,80 x 2, Eliquis 5mg  
113,60 rpi

447,40 x 3 Aldactone 50  
142,10 1/2 rpi

5. Glucovance 500/50  
rpi

34,60 x 3 Lasilex 40mg  
103,80 rpi

729,90 Ecacaton  
36 90

PHARMACIE ANISSA

812 tot Zoubir

Casablanca

Tel: 05 22 90 70 88 - Email: argzsa@

Tel: 05 22 89 34 94

طريق مولاي التهامي (قرب  
Mazola - H

INPE: 0910

32400

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 180,30 DH

PPV: 180,30 DH

LOT: 23E001

PER: 07/2022

PPV: 84 DH 20

PER: 07/2022

PPV: 84 DH 20

PPV: 84 DH 20

Eliquis® 5 mg

ELIQUIS 5MG 60 CPS

P.P.V: 748DH00

6 118001 171255

Laboratoires

Pharm SA

ALDACTONE 50® mg

P.V: 56,80 DH

ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 56,80 DH

Glucovance 500 mg/5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47,40 DH

LOT: 23E001

PER: 05/2022

P.P.V: 34DH60

LOT: 23E001

PER: 07/2022

P.P.V: 34DH60

LOT: 23E011

PER: 08/2022

P.P.V: 34DH60

LOT: 4579A

EXP: 02/2028

PPV: 29DH90