

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

M24-0013358

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5795 Société : RAM 204711  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL Gattaya Abdellah  
 Date de naissance : 01/01/1958  
 Adresse : Hay AL Gach Res EL FAJR Imm H  
 N° 5 Benmouss Casa  
 Tél : 06 61 73 60 33 Total des frais engagés : 2790,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MOUSTAID Hayat  
 Av. Sounab Elneumi N° 38 Amal 2 Benmouss  
 Casablanca Tél : 322 73 69 25  
 Date de consultation : 05/05/2024  
 Nom et prénom du malade : EL GATTAYA ABDELLAH Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Cardiop.  
 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.

Adhérent(e) :

Le : 03 MAI 2024

## Adresses Mails utiles


- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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
03/05/24	Q		300 DHS	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.05.24	2690,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

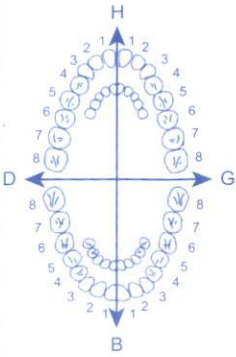
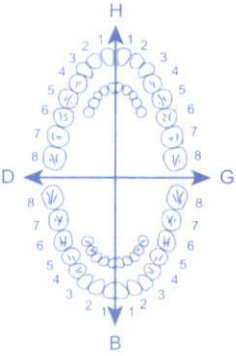
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

Dr. MOUSTAID Hayat

Spécialiste des maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

HTA. Echocardiographie doppler.  
Holter ECG et tensionnel  
Epreuve d'effort



الدكتورة مستعد حياة

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي  
التشخيص بالصدى والدوبلر. تمرين الجهد  
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة  
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة

لا نغير تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Casablanca, le :

03 MAI 2024

M :

EL GOTTAY A.

Abdellah

230,00  
1 x 3

Co-plaui

87,50  
a 3-

Nebotet

39,30  
a 5

Aldactazie

142,30  
a 3

Coveryl

10 mg

154,10  
a 3

Ro liva

10mg upij

36,20  
a 3

Stargat

700

upij

ou Glycan 800

100

Zylone

76,70 + 82,10

2B [31,80 x 2

osmo sine

tit de 03 mois

2490,40



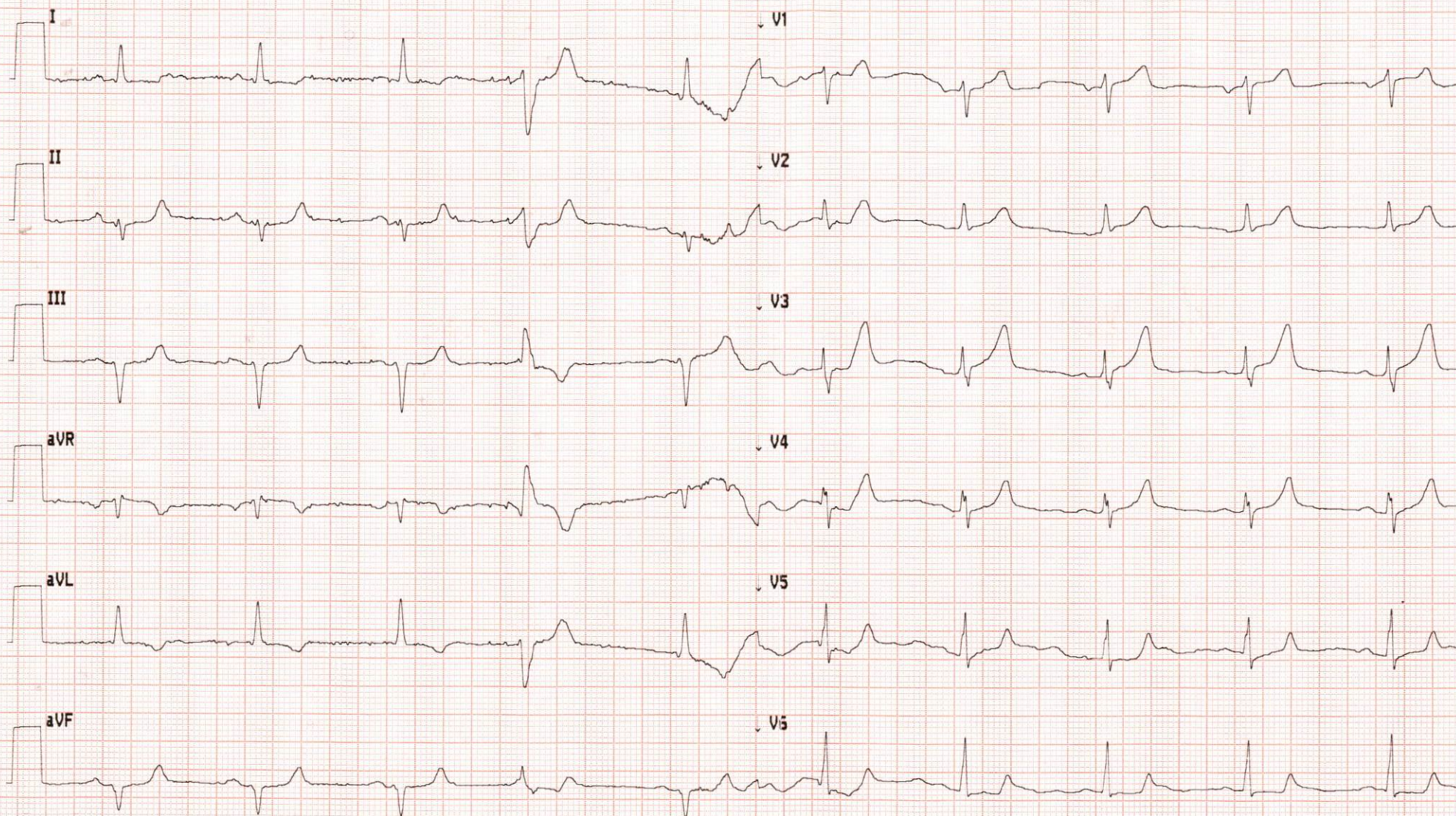
Elgottaya  
ID:

ans cm kg

Méd:  
Service:

3-Mai-2024 13:04:56

Fréq. Card.: 60 BPM  
Int PR: 171 ms  
Dur. QRS: 97 ms  
QT/QTc: 408/408 ms  
Axes P-R-T: 56 -46 98





ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS  
P.P.V : 39DH30  
6 118000 250517  
Laboratoires Pfizer S.A.

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS  
P.P.V : 39DH30  
6 118000 250517  
Laboratoires Pfizer S.A.

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS  
P.P.V : 39DH30  
6 118000 250517  
Laboratoires Pfizer S.A.

LOT : 231587  
EXP : 09/2025  
PPV : 154DH10

4270

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Copilavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270.00 DH  
6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Copilavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270.00 DH  
6 113001 082018

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

LOT : 23004  
EXP : 04/25  
PPV : 2DH10

4270

LOT : 240480  
EXP : 01/2027  
PPV : 36.20

36,20

LOT : 231600  
EXP : 11/2025  
PPV : 154DH10

PPV 31 DH 80

LOT : 240480  
EXP : 01/2027  
PPV : 36.20

36,20

LOT : 231600  
EXP : 11/2025  
PPV : 154DH10

4270

LOT : 240480  
EXP : 01/2027  
PPV : 36.20

36,20

PPV : 76 DH 70

PPV 31 DH 80

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS  
P.P.V : 39DH30  
6 118000 250517  
Laboratoire Pfizer S.A.

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS  
P.P.V : 39DH30  
6 118000 250517  
Laboratoires Pfizer S.A.