

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [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

N° W19-537138

ND : 34079

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Abdelouah FA T I H I  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : HAY EL GARDAS RES EL FAIR LMB N° 1  
 Dernier  
 Tél. : 06 32 25 82 37 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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) :



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
12/05/20	C + E C	30	20	INP : 08/08/914

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/20	1068,60

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		25533412 00000000 D	21433552 00000000 G		
		00000000 35533411 B	00000000 11433553 B		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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	



Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille  
Ancien interne du **CHU Ibn Rochd de Casablanca**  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدرى من جامعة بوردو بفرنسا  
حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالصدرى من جامعة باريس  
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le :

12/05/2022

Nahki Aslloq

125,6

(1) Biphenyl  $\text{C}_{12}\text{H}_{10}$

② - Cardinal Prime - 1000

(3) - Linear zone

4. Communication Board If I have

(4 mg's) *[Signature]*

Hassani - 08773914  
Afghanistan, Paktia, Bldg 2  
Dr. Cardiology

GH  
ARRAQUA  
HR 116  
De 2 N° 3-5  
el Al Qodabla  
Casablanca

(5) -  $\frac{\text{Probable Suspect}}{\text{Time} \times 30}$

Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2eme Etage, Hay Hassani, Casablanca

شارع أفغانستان، درب الحرية، بلوك 225، رقم 1، الطابق الثاني، الحي الحسني، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99

1068, 60



LOT : 200380  
UT AV : 02/2023  
PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH) Add

LOT : 200175  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH) Add

LOT : 200175  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

LOT : 200132  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH) Add

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

125,60

125,60

125,60

125,60

44,70

44,70

44,70

44,70

242600030-02

242600030-02

☒ **valable 3 mois**

Le 12/05/2020

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	