

## 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° W19-507337

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09795 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KOHEN OUAFAE

Date de naissance : 04/12/1967

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1100,06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 01, 2020

Nom et prénom du malade : KOHEN OUAFAE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : dyslipémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 JAN 2020

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-507337

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 09795

Nom de l'adhérent(e) : KOHEN

Total des frais engagés : 300 + 800 = 1100

Date de dépôt :

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
13/01/2026	visite		200 du	INP : 09 11 66 983
13/01/2026	orthopédie		800 du	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



Casablanca, le : 13/01/2020

Nom et prénom : M<sup>me</sup> KOHEN OUAFAE

**Avis cardio Pré anesthésie-Echographie cardiaque**

Renseignement Clinique :

- Age : 52 ans
- Antécédents

Neoplasie mammaire gauche

- Type d'intervention :

Mastectomie partielle

- Traitement en cours :

Docteur Hassan TALIBI  
Anesthésiste  
Sédatation  
Hypnose  
Douleur  
091164335

Dr TALIBI HASSAN

Docteur. AARAB ADDI

DR LAABI MOHAMED AMINE

CARDIOLOGUE

RESIDENCE RIBH D ANGLE BD BIR ANZARANE RUE CAID EL ACHTAR  
CASABLANCA.

TEL : 0522992088

NOM : KOHEN OUAF AE

DATE: 13/01/2020

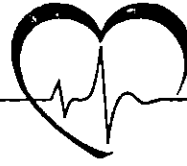
### NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 800 DH.

Total = mille cent dirhams.

DR. M. LAABI  
CARDIOLOGUE  
RÉS. RIBH "D", ANGLE BD BIR ANZARANE  
RUE CAID ACHTAR (LA CÔTE DE AGENCE INWI)  
QUARTIER MAHRIT - CASABLANCA  
TEL: 0522 99 20 88 - FAX: 05 22 99 20 87



Nom : KOHEN OUAF AE

Date : 13/01/2020

**ECHOGRAPHIE CARDIAQUE**

**Motif : EVALUATION DE LA FEVG. DYSPNEE.**

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=70% TEICHOLZ.

Pas de troubles de la cinétique VG.

Ventricule gauche non dilaté dtdvg=42 mm, non hypertrophié sivd=9 mm.

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche non dilatée sog=13cm2

Pas de valvulopathie notable. Micro IM physiologique.

Pressions de remplissage VG normales. E/ea<8.

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT. PAPS=30mmhg

VCI 14 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

**Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie notable.**