

# 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.

## Diagnostique 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](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° P19- 067912

56132

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2597 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee

Nom & Prénom : SARHANI Khadija

Date de naissance : 27/12/54

Adresse : CHERAN

Tél. : 0661146228 Total des frais engagés : 1302,85 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : SARHANI Khadija Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : sd amano depre MUPRAS

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) : [Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicinal attestant le Paiement des Actes
5/20/20		0	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/20	

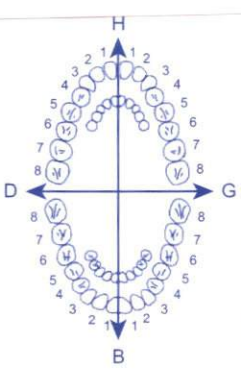
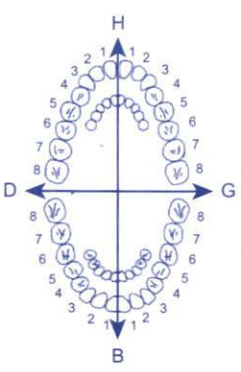
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Nadia El Ghiati

Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd  
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)

Sur rendez-vous

Casablanca, le 06-10-2020

Dr. Samir Khachfi

12.6.00 x3

40.30

x3

MB757 0123

LOT

Prix

99.00

99.00

Donat

1 - 0 - 2

10 - 0 - 1/2

19/5

Docteur en Pharmacie  
Casablanca - Tél: 05 22 93 96 67 - 06 87 35 02 53

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار  
Résidence الفردوس - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face  
Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02

Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53

الدكتورة نادية الغياتي

إختصاصية في الطب الباطن

طبيبة سابقا

40,30

40,30

40,30

S.I

S.I

S.I

S.I

S.I

S.I

PHARMACIE SAIB  
Docteur en Pharmacie  
Zakaria SAIB  
154, Bd. Oued Draoui - Casablanca - Tél: 05 22 93 96 67 - 06 87 35 02 53



79DH00

79.00

108.65 x 3

Additive Multivitamin

1975 x 2

Osteocare  
1975 x 2



PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
154, Bd. Oued Bouazza El Anassa  
Casablanca - Tél: 05 22 91 16 64

Dr. Nadia B. Glati  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Pirdaous - Apprt N° 5 - Im CHS GH18  
Route du Complexe Administratif  
en face aéroport d'Anta - Calfa - Casablanca  
Tél: 1 95 22 93 96 6

1009.85

PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
54, Bd. Oued Bouazza El Anassa II  
Casablanca - Tél: 05 22 91 16 64

Osteocare 30 CP  
PVC : 108,65 DH  
Ut Av : 31/07/2023 Lot : 230231AAA  
Iphabiotics  
5 021265 244683 >

Iphabiotics  
5 021265 244683 >

Iphabiotics  
5 021265 244683 >

126.00  
126.00  
126.00  
126.00  
126.00