

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage 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° W19-550555

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hamoudine Lahcen

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : N°231, Apt Residence Riad Omaria

Hay cheufa Ain Chock Casablanca

Tél. : 0650791684 Total des frais engagés : 670,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr Sofia Othmani**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Bd El Qods Riad El Qods, GH2  
20 Etage, Apt 12, Ain Chock  
Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2020

Nom et prénom du malade : HASNAA NASID Age : 43

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

Nature de la maladie : Gynécologique obstétrique

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 : Casablanca Le : 05/11/20

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
05/11/2020	consultation		1300,00	INP : 091249540 Dr Sofia Ouhmani Gynécologue El Qods 412 200000000 Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHRIFA Docteur en Pharmacie Casablanca 05 22 50 50 71 Lot. Chrifa Rue 15 N°2 Hay Louban	05-11-2020	370.80

## 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	

# 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 : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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



Docteur Sofia Othmani

LOT: 13110095  
PFR: 01-2832  
PPV: 118001440016

- Membre de l'institut International Street Medicine Institute

**FERPLEX 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60.00 DHS

6 118001440016

**FERPLEX 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60.00 DHS

6 118001440016

LOT: 200108  
PFR: 03-2023  
PPV: 118001440016

طبيب كبد و أمراض الكلى  
طبيب كبد و أمراض الكلى  
عضوة بالجمعية الإسبانية لأمراض النساء والتوليد والعقم  
عضوة بالمعهد الدولي للأبحاث الطبية

**UTROGESTAN 100 mg.**

30 CAPSULES  
323 275.1

P.P.V.: 80DH80

Distribué par Promopharm S.A.

900101

Casablanca, le : 05/11/2020 :

Mme NAJID HANNA

80.80

71.00

99.00

60.00  
x 2

Utrogestan 100 capsule le soir 2 boîtes.

Yodocafol 1 capsule le matin.

Relaxium, 375 mg

Ferplex 40mg capsule le matin et le soir

T = 370.80

PHARMACIE CHIRFA  
Docteur en Pharmacie  
Casablanca  
Lot. Chirfa Rue 150m Hay Lina 1

**Dr Sofia Othmani**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Bd El Qods Riad El Qods, GH2  
2e Etage, Appt 12, Ain Chock  
Casablanca Tél: 05 22 50 50 71

Angle bd Alqods et bd de Haifa, résidence Riad Alqods GH2, Etage 2, Appart 12, Ain Chock - Casablanca  
(en face écoles Bab Andalousse et Al Anjal)

ملتقى شارع القدس و شارع حيفا، إقامة رياض القدس GH2، الطابق 2، شقة 12، عين الشق - الدار البيضاء  
(إمام مدرسة باب الأندلس و معهد الأنجال)

05 22 50 50 71 Docothmani@gmail.com