

# 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.

## Prothèse 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)

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- 066068

59239

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7160 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Dahan Rkiq

Date de naissance : 30-01-60

Adresse : Wp N° 5 Rue Hadj AL WAZZAT Lot Regraghe

Berrechid

Tél. : 0661447819 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DAHAN Rkiq Age : 71

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

Nature de la maladie : HTA

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 : BERRECHID

Le : 19/02/21

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
20/11/2020	contrôle		gratuit	Dr. KHADRE MOHAMMED ELHADJ DENTISTE 11 - Bd. Mohamed V - Etage, Bureau N°16 BERRECHID Tél : 05 22 32 83 03 - 05 22 32 83 04

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chaouia 182, Av. Moulay Ismail, 26102 Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29 INPE - 062018379	20/11/2020	PHARMACIE CHAOUIA 182, Av. Moulay Ismail 26102 BERRECHID Tél. : 05 22 33 72 29 1740,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

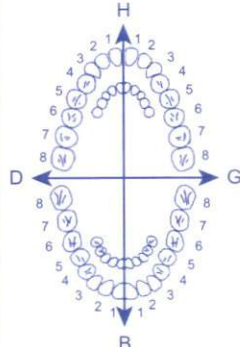
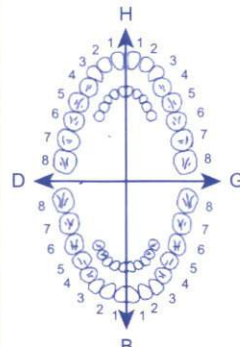
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echographie Doppler de l'université Bordeaux II

**د. خضر محمد فؤاد**

أخصائي أمراض القلب والشراب

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

أصل على شهادة الألبان بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

**ORDONNANCE**

**BERRADA Omar**

**Pharmacie Chaouia**

182, Av. Moulay Ismail, 26102

Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29

INPE : 062018379

Berrechid, le : .....

Berrechid le : **20 Novembre 2020**

**Mme DAHAN RKIA**

**1/ REGIME PAUVRE EN SEL**

**2/ COSTARVAL 80/12.5 MG**

1 Cp / matin à jeun

**3/ CARDIOASPIRINE 100MG**

1 Cp / 12a Midi

**4/ NOLIP 10MG**

1 Cp / J le soir

**5/ INEXIUM 40MG**

1 Cp / J le soir

Three boxes of medicine with labels:

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

Lot n° :  
EXP : 157/10  
PPV :

Handwritten calculations and notes:

- 148,00 x 3 = 444,00
- 280 x 3 = 840
- 157,10 x 6 = 942,60
- 123,60 x 6 = 741,60
- T = 1740,10

**PHARMACIE CHAOUIA**

182, Av. Moulay Ismail

261102 BERRERCHID

Traitement pendant 3 mois

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg  
Boîte 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

N° 11, Bouleva  
Tél : 05 22 32 83 0

Be  
066