

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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 :

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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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.

**AS :** 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° P19-0033166

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELIMAM ELAAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236 Bd Med V CASABLANCA

Tél. : 0618873188 Total des frais engagés : 1790,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / ELIMAM ELAAOUI Fatima

Nom et prénom du malade : Maladie à longue durée

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

Nature de la maladie : Maladie à longue durée

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 : 12/07/2021

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	12/07/2021	1271,20
	12/07/2021	519,10

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Pharmacie GRANADA - Casablanca

Loubna LAHLOU NABIL

0522894844

LOT MESTOUNA N 25 RUE 27ET 29,



**Facture N° 20210712-764**

Date de vente : 12/07/2021

Médecin traitant :

**EL IMAM EL ALAOUI**

*fatima*

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	12	13,40	TVA (7.00%)	160,80
CLENIL FORTE AE 250µG AEROSOL	1	86,50	Exonéré (0.00%)	86,50
VENTOLINE AE 200 DOSES AEROSOL MR AEROSOL	6	45,30	Exonéré (0.00%)	271,80

Total HT	508,58 DHS
TVA	10,52 DHS
<b>Total</b>	<b>519,10 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent dix-neuf DHS et dix centimes**

PHARMACIE GRANADA  
Loubna LAHLOU NABIL  
Rue 27 - 29 - Casablanca  
Tél : 0522894844

IF : 51453668 TP : 35052333 RC : 370006 ICE : 001633331000046

Tel : 0522894844

Adresse : LOT MESTOUNA N 25 RUE 27ET 29,

ELIMAM EL AGOUR

3230



} Ventoline (6)

→ 86,50

- Cleml forte (2)





Levothyrox (12)



EL IMAM ELAOUÏ

3230

AIACAND		AIACAND	
4 mg	Cpr séc	4 mg	Cpr séc
ite de 30		ite de 30	
12816 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH		12816 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50 DH	
			
6 118001 020522		6 118001 020522	

Atacand ②

PV		PV	
OT	ER	OT	ER
139,20		139,20	

Dilèrene ②

PV		PV	
OT	ER	OT	ER
122,70		122,70	

Daflon ②

PV		PV	
OT	ER	OT	ER
58,40		58,40	

PV		PV	
OT	ER	OT	ER
58,40		58,40	

PV	
OT	ER
58,40	

Solupred ⑤

LARMABAK 0.9%		LARMABAK 0.9%	
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH		Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH	
			
6 118001 100651		6 118001 100651	

Larmabak. ④

# Pharmacie GRANADA - Casablanca

Loubna LAHLOU NABIL

0522894844

LOT MESTOUNA N 25 RUE 27ET 29,



**Facture N° 20210712-203**

Date de vente : 12/07/2021

Médecin traitant :

EL IMAM EL ALAOUI *fatima*

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LARMABAK CL 90MG 10ML COLLYRE	4	54,10	TVA (7.00%)	216,40
SOLUPRED CO 20MG B20 COMP	5	58,40	Exonéré (0.00%)	292,00
DAFLON CO 500MG B30 COMP	2	122,70	TVA (7.00%)	245,40
DILRENE CO 300MG B30 GELULES	2	139,20	Exonéré (0.00%)	278,40
ATACAND CO 4MG B30 COMP	2	119,50	Exonéré (0.00%)	239,00

Total HT	1 240,99 DHS
TVA	30,21 DHS
<b>Total</b>	<b>1 271,20 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante et onze DHS et vingt centimes**

**PHARMACIE GRANADA**  
**LAHLOU NABIL Loubna**  
Lotissement Mestouna Lot. N° 29  
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 48 44