

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- Réclamation : 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHAR

Abdelhakim

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : Boulevard, rue 59 n° 59 Casa Mar

Tél. : 0608158914

Total des frais engagés : 417,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/2021

Nom et prénom du malade : ZAKIA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Hypertension HTA Syndrome respiratoire

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 : Casa

Le : 02/08/2021


Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

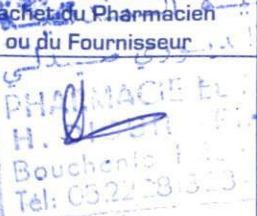
Dr. Mohammed ANNACI  
ZAKIA  
Gynécologue Obstétricienne  
19204 Zakiouj - Casablanca  
0529 22278 / 14 / 75

MUTUELLE  
ACCIDENT  
31 AOUT 2021  
M  
R

# 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
02/08/2021	G2			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/8/2021	419.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

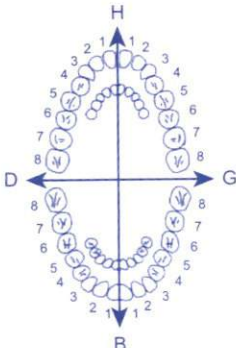
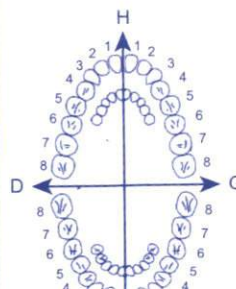
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 CœFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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															

# عيادة أمراض النساء والولادة

Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

Consultations sur rendez-vous

الدكتور أ. حمدوش

Dr. Hamdouch A.

أمراض النساء والولادة  
الفحص الصوتي

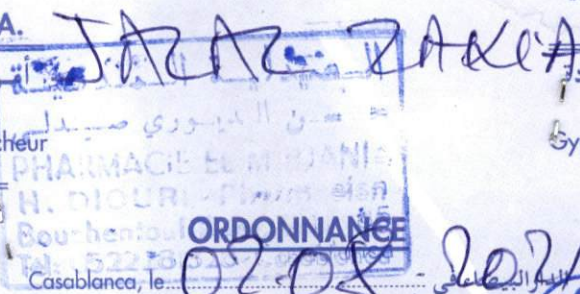
Gynécologue-Accoucheur  
Echographie

الدكتور م. ن. الزهيري

Dr. Zhiri M. A.

أمراض النساء والولادة  
الفحص الصوتي

Gynécologue-Accoucheur  
Echographie



ORDONNANCE

Casablanca, le 02.02.2007

95.00

X CEDILOL 250 1cp



15.00

X STREP TOCID 1 Box



15.30

VITAMINE 1000 1cp



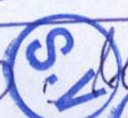
14.00

DOLIPRANZ 1000 1cp



84.30

FOR EXIN 20 1cp



13.40

X LEVOTHYROX 50 1cp x 3ues



67.00

X LEVOTHYROX 25 1cp x 3ues



419.90

إقامة بغداد - 192، شارع الزرقطوني - زاوية زنقة موسى ابن نصير - الدار البيضاء  
Résidence Baghdad - 192, Boulevard Zerkoutni - Angle Rue Moussa Ibnou Moussaï - Casablanca

الهاتف : 022 20.20.75 - الفاكس : 022 20.20.75 - Tél. : 022 20.20.73/20.20.74/20.20.75

58 DH 80

55 DH

Vita C 1000

LOT 09030 5  
EXP 09/2023  
PPV 15DH30

PPV: 14DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3459



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Levothyrox

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

LOT 20011  
PER 12/23  
PPV 84DH80

95 DH

