

# 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.

## 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064623

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09694 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> GOUMA MHand

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Gamme

Tél. : 061069076 Total des frais engagés : 625,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-64623

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



### 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 du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

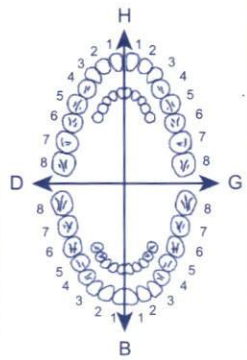
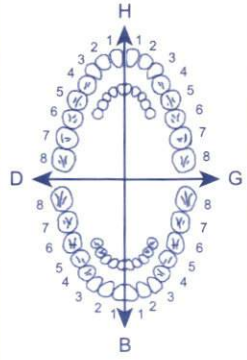
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<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



# 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.

## Optologie 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'Esplanade  
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- 048108

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09694 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Gouma M. H. M. D.

Date de naissance : 21/01/1948

Adresse : La même

Tél. : 0610690776 Total des frais engagés : 625,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Brahim EL OUASSI**  
Spécialiste en Angiologie & Réanimation  
C.A.B.I.C.P.A. de Casablanca  
Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 23/07/2021

Nom et prénom du malade : M. Gouma M. H. M. D. Age : 77

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A.

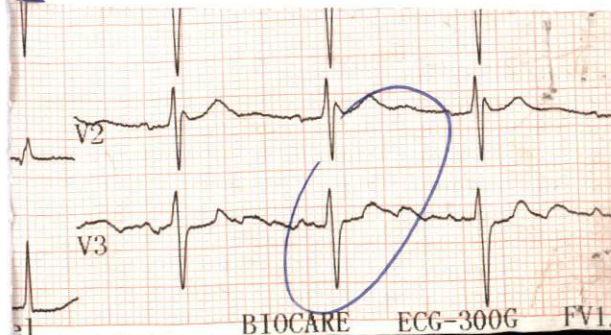
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 23/07/2021

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
25/7/2021	9	1	3000 <sup>h</sup>	<i>Dr. Brahim EL OUASSI</i> Spécialiste en Anesthésie & Réanimation S.A.B.C.P.A. et Exploitation Tél: 05 22 32 45 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur Date Montant de la Facture

23/07/2021 325,30 DH

INP: 062012240

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

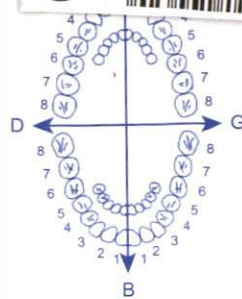
radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi

Nature des Soins Coefficient

ZINASKIN®

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



5mm/mV



2021-7-23 13:00

Auto ID:02707

Sexe: âge:

Nom:

Fréq. Ventricul. 77 ppm  
Intervalle PR 172 ms  
Duration QRS 77 ms  
Intervalle QT/QTc 376/ 426 ms  
Axe P/QRS/T 46/ 40/ 50 °  
Tension RV5/SV1 1.67/ 1.13 mV  
Tension RV5+SV1 2.80 mV

++++ Analyse le rés  
8110 Rythme sinusal  
1010 == ECG normal ==

Rapport non confirmé revu par :

Hôpital:dr elouassi



# ET HONORAIRES

Montant détaillé  
Honoraires

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

Dr. Brahim EL OUASSI  
Spécialiste en Anesthésie & Réanimation  
ABTC.P.A. de l'Etat  
Tél: 0022 33 63 33

## ORDONNANCES

Montant de la Facture

325,30 DH

## RADIOGRAPHIES

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

## EXAMENS MEDICAUX

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
M	PC	IM	IV	



2021-7-23 13:00

Auto ID:02707

Sexe: âge:

Nom:

Fréq. Ventricul.

77 ppm

8110 Rythme sinusal

Intervalle PR

172 ms

1010 == ECG normal ==

Duration QRS

77 ms

Intervalle QT/QTc

376/ 426 ms

Axe P/QRS/T

46/ 40/ 50 °

Tension RV5/SV1

1.67/ 1.13 mV

Tension RV5+SV1

2.80 mV

Rapport non confirmé revu par :

Hôpital:dr elouassi

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

Nature des  
Soins

Coefficient

ZINASKIN®

PPV : 20,90 DH

6 118001 272228

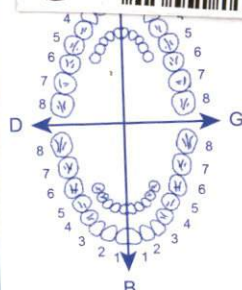
PPV : 20,90 DH

EXP 02/2024  
LOT 11025 30

TARDYFERON  
30 comprimés pel  
50 mg / Acide foliqu

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 100



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS



# Dr. Brahim ELOUASSI

# الدكتور ابراهيم الواسي

Laureat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme de Spécialité en Anesthésie & Réanimation  
de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancien Médecin Attaché aux Hopitaux Universitaires  
d'Avicenne de Rabat

Ancien Médecin des Forces Armées Royales  
Cabinet de Consultation et d'Exploration  
Cardio Vasculaire



خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم التخصص في الإنعاش  
الطبي - الجراحي و علم التخدير بالرباط  
طبيب سابق بمستشفيات الجامعة  
ابن سينا بالرباط  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
عيادة تشخيص و استئصال أمراض  
القلب والرئتين

**ORDONNANCE**

Pharmacie ANAOLIA  
Imane TMART  
Docteur en Pharmacie  
123, Bd. Al Moukawama Lot. Ennour  
Berrechid - Tél: 05 22 32 45 94

Berrechid le : 23/7/2024

Mr. Bouma  
M. Hamed

1. Cordioflex  
23.60 1 cp L

2. Bipretax  
125.60 1 cp L  
5/12/18 D=325.30

3. Vitamin D Bon  
20.40 1 cp L

4. Zinaskin 4r  
40.80 1 cp L  
1/12/18 D=2.11

5. Toradol  
51.60 1 cp L  
1/12/18 D=2.11

**Dr. Brahim ELOUASSI**  
Spécialiste en Anesthésie & Réanimation  
C.A. 91/C.P. 93 Explora  
Tél: 05 22 33 63 30

06 06 93 68 01

05 22 33 63 30

تجزئة اليسر 2 رقم 73 برشيد