

# 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

- 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 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- 056225

83005

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AIT CHETOU LAHCEN

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : No 21 Rue 106 Bd oued SABOU DULFA  
CASA.

Tél. : 0658214908

Total des frais engagés : 1839,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. RIMANI Ali**  
Psychiatre  
COF : 001024497

Date de consultation : 17/06/2021

Nom et prénom du malade : AIT CHETOU LAHCEN

Age : 1950

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 : Casablanca

Le : 07/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

**MUPRAS**  
7 SEP 2021



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/21	1539,20

[illegible][illegible]

**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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ALI RIMANI

Psychiatre

الدكتور علي رمانى

طبيب أخصائي في الأمراض

النفسية والعقلية

وصفة

Ordonnance

17/6/20

Not Chutor  
VIN

150 x 5

1/ Synthax 16000  
2 - 0 - 2  
1 - 0 -

132 x 3

4 Paroxetine 100  
VIN

98,30 x 4

31  
1539,20  
1 - 1  
VIN  
146 m

RDY : 17/9/20  
الموعد :

Dr. RIMANI Ali  
Psychiatre  
CODE : 091024497

Résidence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5 ème étage N°9 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57

LOT: 20E018  
PER: 11 2023

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30

P.P.V: 132DH00



LOT: 20E018  
PER: 11 2023

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30

P.P.V: 132DH00



LOT: 21E002  
PER: 02 2024

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30

P.P.V: 132DH00



396,00

750,00

393,20

1539,20

132 x 3

396,00

150 x 5

750,00

98,30 x 4

393,20

TOTAL GL

LOT: PA00595  
PER: 06-2022  
PPV: 150,00DH

LOT: PA00595  
PER: 06-2022  
PPV: 150,00DH

LOT: PA00595  
PER: 06-2022  
PPV: 150,00DH

LOT: PA00603  
PER: 06-2022  
PPV: 150,00DH

LOT: PA00603  
PER: 06-2022  
PPV: 150,00DH

98,30

98,30

98,30

98,30



Avis de demande de paiement SIMPLIR

Année : 2020

Mois :

Versement IR : VERSEMENT IMPOT REVENUS FOCNIERS

Identifiant fiscal : 51501106

Nom, Prenom ou raison sociale : LAHCEN AIT CHETOU

2020  
00.008  
08/08/20