

## 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.

### 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](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)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-583851

83358

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03611

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence AL WANDA, B.P. 15, BERRECHID

Tél : 0673717452

Total des frais engagés : 878,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid  
Gastro-Gastro-Entérologie  
Bd. Oussama Rabah AL Fakhri Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22/06 61 51 22 34

Date de consultation : 29/09/21

Nom et prénom du malade : Bassime Ahmed Age : 59ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble digestif

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 : 23/09/2021

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
29/07/21	(15)		6	INP : 9no39089 D. Rachida Hépatogastro-Entérologie-PN Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus 2ème Etage Oulfa Casablanca Tel: 05 22 90 05 22/06 61 51 22 34

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAMD - BERRERCHID Dr. FOUZIA RIANI Tel: 05 22 53 32 32	29-07-21	878,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

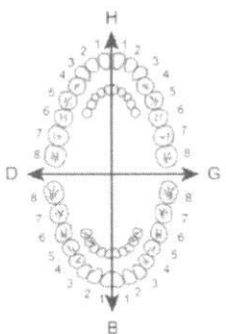
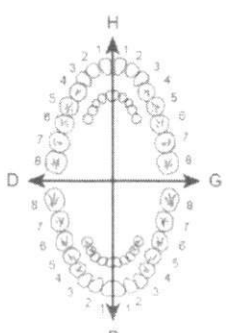
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	0000000	0000000																	
	D	G																	
	0000000	0000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction]																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Rachida BENScri

الدكتورة رشيدة بن سكري

Hépto - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
لهضمي  
حكة اليواسير  
المخرج

Dr. Rachida  
Hépto-Gas Pro Entéro  
Casablanca, Im

Bassim

2ème Etage Oum

Tél: 05 22 90 05

LOT: 210263  
DLUD: 04/2024  
59,00DH

LOT: 210263  
DLUD: 04/2024  
59,00DH

LOT: 210263  
DLUD: 04/2024  
59,00DH

34,40

P.F.V. 34 DH 40  
PER 10/23  
LOT J2928-2

CARBOLIDER PEGA 30 GELULES

LOT: S0165  
PER: 02/2023  
PRIX: 85 DH

AMM N°: 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 20067  
PER: 03/2023  
PPV: 102,00 DH

Dr. Rachida

Hépto-Gas Pro Entéro

Casablanca, Im

2ème Etage Oum

Tél: 05 22 90 05

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V.: 240,00 DH

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V.: 240,00 DH

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Im

Casablanca - Tél.: 05 22 90 06

