

# 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](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° P19- 055714

83742

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue Kaoli TASS App. N°6 NARRIF  
CASABLANCA

Tél. : 0670642860 Total des frais engagés : 2500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/8/2021

Nom et prénom du malade : MHAMDI Mustapha Age : 70

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

Nature de la maladie : HTA - Diabète

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 : 10/9/2021

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
28.8.24	Ch	1	2000	<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> <b>PHARMACIE DE LA MOSQUEE</b> Dr. N. B. B. Pharmacie Docteur en Pharmacie 16, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél 05.22.98.42.73	28.8.21	2310,20 <i>[Signature]</i> Fedouan 23/08/2024

# 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 :

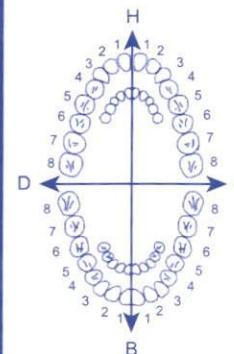
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

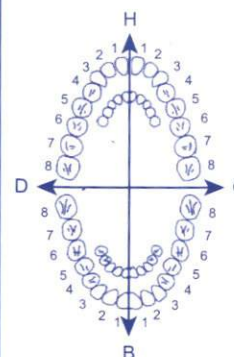
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa  
Diplômée de la faculté de Médecine de Rabat

الدكتورة القباچ ابن الشريف نفيسة  
أخرجة كلية الطب بالرباط

MEDECINE GENERALE  
Expert assermenté près des tribunaux

الطب العام  
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom: M'HAMDI Masroura

Casablanca, le: 28.8.2021

45,80 x 3

1) glucophage 850

= 135,60

316,00 x 3

2) Plavix 75

= 948,00

207,00

3) Triatree Proctol

207,00

92,10 x 2

4) Amarel 30

AMAREL 30MG  
CP B30  
P.P.V: 92DH10  
6 118000 060017

103,40 x 3

5) TAHOR 20

AMAREL 30MG  
CP B30  
P.P.V: 92DH10  
6 118000 060017

27,70 x 2

6) Cardia Aspre

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

7) Kardegic

50,70 x 2

8) Cardesiel 2,5

Cardesiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS  
6 118001 100859

15,20 x 6

9) Vit C

138,30 x 2

10) Augmentin 500

207,00

UT. AV.: P.P.V  
2 24 1 3 40  
LOT N°: 1301355

103,40

UT. AV.: P.P.V  
2 24 1 3 40  
LOT N°: 1301355

103,40

UT. AV.: P.P.V  
2 24 1 3 40  
LOT N°: 1301355

103,40

45,20

45,20

45,20



6 118001 100859  
Cor C  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH



6 118001 100859  
Cor C  
Cardensiel 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 01/2024  
LOT 00051 10

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 500mg

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500 mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin  
être avalés de préférence au d

ورصين = محتوى فقاعة واحدة  
في بداية الطعام

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg 

32 comprimés pelliculés



PPV: 138,30 DH  
LOT: 645489  
PER: 06/22

**RESPECTER LES DOSES P**

Liste I. Uniquement sur ord

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 500mg

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500 mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin  
être avalés de préférence au d

ورصين = محتوى فقاعة واحدة  
في بداية الطعام

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg 

32 comprimés pelliculés



PPV: 138,30 DH  
LOT: 645489  
PER: 06/22

**RESPECTER LES DOSES P**

Liste I. Uniquement sur ord



☒ valable 3 mois

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*N. HADI Martofa*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*traitement de Carbone*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

  
11, Espace Majorelle, Rue Abou Hayane  
Atlasouid, Rabat - Casablanca  
Tél: 06 22 22 07  
**DR. KABBAL BENCHERRIF Nourhssa**  
**MEDECINE GENERALE**