

# 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

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 Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

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

85556

28

**Déclaration de Maladie : N° S19- 0018334**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAME  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : Ouhmi Moha Date de naissance : 1948  
Adresse : 46 Rue Sallam El Houada A Berrechid  
Tél. : 06 44 89 27 51 Total des frais engagés : 2243,8 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2021  
Nom et prénom du malade : SAIDANE Mahjoub Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle + SNID + HTA  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /



# 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
21/09	C	21	150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2021	1093,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

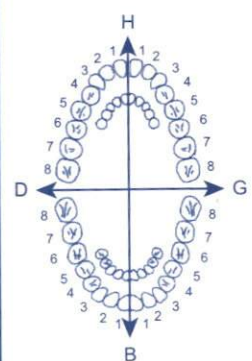
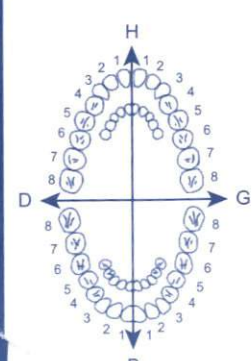
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <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														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamra

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء  
الطب العام  
الفحص بالصدى

125,60

Berrechid, le 21/09/2024 برشيد

SAIDANE Mahjoub

79,50 1) Carbosorb transit  
1 cp x 2 J, 1/2 h  
81

78,00 2) Bélaser C cp S.V.  
1 cp x 2 J

125,60

109,00 3) D-stress cp S.V.  
1 cp x 2 J

125,60

19,90 x 2 4) Metformine win 1000 (5B) S.V.  
1 cp J le soir

125,60 x 4 5) Bipneterax (5B) S.V.  
1 cp J le

89,00 x 2 6) Diamicon 30LM  
1 cp J le matin

125,60



35.70 x3

Tobradex Collyre

1 gttte / oeil

x

Lot:

DS04/21  
04/2024

LC:

P.P.C : 109,00 DH

T: 1093,80

METFORMINE WIN 1000MG  
CP N° 830  
P.P.V : 19DH90  
LOT : 20F001  
PER : 11/2023  
6 118000 062141

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boite de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

Dr. Soumia GHAMRAoui  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
13, Bd. Marrakech - BERRÉCHID  
Tél.: 0522 33 65 99

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boite de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boite de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

METFORMINE WIN 1000MG  
CP N° 830  
P.P.V : 19DH90  
LOT : 20F001  
PER : 11/2023  
6 118000 062141

PPV (DH) :

88,80

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Taux sèche



CARBOSORB  
Transit

Lot : 190891  
A consommer de  
préférence avant le : 12/2022  
PPC : 79,50 DH

89,00

89,00

78,00

PER 02/24