

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-635572

89139

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MATIOUQUE Mohamed  
 Date de naissance : 1956 Casablanca  
 Adresse : G. T. Rue 105 N°6 OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 407,30 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 : Casablanca Le : 10 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/10/2021 307,50

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

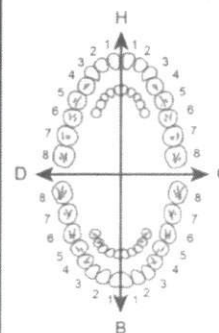
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

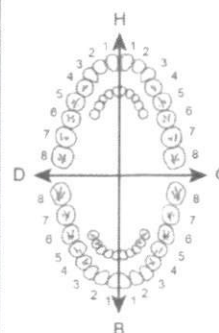
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
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



# Docteur Houda EL HADI

## CARDIOLOGUE

### Maladies du coeur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de  
Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 08/09/2021

M. MAATOUQUI Mohamed

diabétique

SYNTHEMEDIC  
22 rue nouber bnou al nouam roches  
noires casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Boite de 10  
28 DMP/21 ARG P.P.V.: 176,20  
6 118001 020898

HYTACAND 16

par jour le matin

BISOCARD 5 r

le matin

AMOVAS 5 mg

pour le

CARDIOASPIRINE

1 comp. par jour au repas de midi

CRESTOR 5 mg

1 comp. par jour au diner

LEVOTHYROX 25 µg : 1 comp. par jour

LEVOTHYROX 50 µg : 1 comp. par jour

ZYRTEC : 1 comp. par jour le soir (1 boîte)

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

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V. : 114,10 DH  
6 118001 183104

Adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1<sup>er</sup> étage, CP 20520,  
Casablanca

Bur : 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com



# PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 11/10/2021


**FACTURE N°676463**

N° ICE : 000198418000024

**MAATOUQUI MOHAMED**

N° IF : 40456596

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	BISOCARD 5MG/30CPS	39,90	39,90		
1	AMOVAS 5MG 28CP	49,40	49,40		
1	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	27,70		
1	CRESTOR 5MG/28CP	114,10	114,10		
1	HYTACAND 16 MG	176,20	176,20		
					
			<b>TOTAL T.T.C : 407,30</b>		

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Sept Dirhams et 30 centimes.**