

## 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.

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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)

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

103642

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0007189**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : E767 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ve

Nom & Prénom : Zouhra MAHMOUD Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. JKINI Halida**  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 74 05 93

Date de consultation : 05/02/2022

Nom et prénom du malade : Aziz Zouhra Age : .....

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

Nature de la maladie : Lumbalgie - Dyspnoe - AS Rénale

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 : ..... Le : .....


Signature de l'adhérent(e) : .....

MUPRAS  
14 FEB 2022  
ACCUEIL

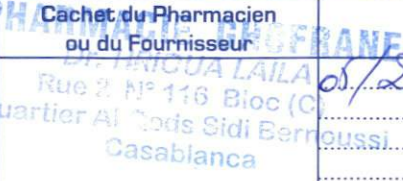


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

05/04/2022		CH	150 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/2/22	26.2120

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

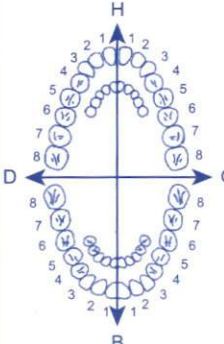
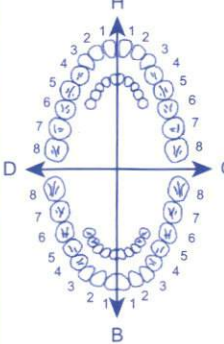
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				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																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																		
	25533412	21433552	00000000	00000000																	
	00000000	00000000	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JKINI Hafida  
Médecine Générale  
Echographie Clinique



الدكتورة اجكيني حفيدة  
الطب العام  
الفحص بالصدى

Ordonnance

AZIZ  
Zouhra

Dr. JKINI Hafida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

Casablanca, le 05/02/2022

84,70.

① Zeninag  
1 gdl x 25  
midi / soir

43100

② Belmarol  
1 gdl x 141  
mali  
30,10

③ Zeninag  
1 Supp h  
le soir

PHARMACIE GHUFRANE  
Dr. PRIOUA LAILA  
Rue 2, N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

Dr. JKINI Hafida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

3200

Eucarbon

S.V

1 cp + 5 (6)  
avant de

66,40 =

Labixle 20

S.V

144-10

à midi

262,20

**Dr. IKINI Hafida**  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

**PHARMACIE GHOFRANE**  
Dr. HIRIQUA LAILA  
Rue E. N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

LOT : 1362  
PER : 01/24  
PPV : 30,10 DH

1 49,00

LOT 21048/PC15  
02/2024 PPC 84,70

Lot: 4108  
04.2026  
EXP: 32.000 DHS  
PPV: 32,00

LOT: 14521008  
PER: 03/2026  
PPV: 66,40 DH