

## 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
- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-701019

115782

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASWANE Mohamed

Date de naissance : 1959

Adresse : 17 Bd la Résistance Hay Ennour BENNECHID

Tél. : 06 68 44 87 05 Total des frais engagés : 504,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2022

Nom et prénom du malade : ZIAT FATIMA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : ☐ Enfant

Nature de la maladie :

27 modéliser

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 : 18 / 5 / 2022


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
25/04/22	C.S.A.E.C.G.	254.90	254.90 DH	 Dr. JALIL MEDINE Cabinet Odont. Oum Rabii Casablanca Tél : 05 22 90 65 78

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie de JALIL MEDINE 86 Rue de la Méditerranée Casablanca Tél : 05 22 90 65 78	25/04/22	254.90 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

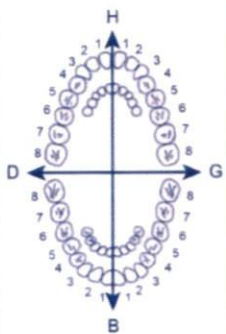
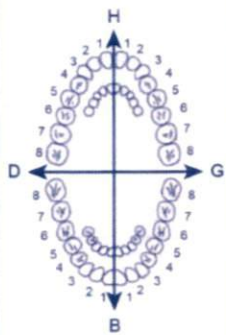
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	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"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[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



LOT: 200872  
PER: 01/2024  
PPG: 79,90 DH

**Composition, indications et posologie:**  
Voir notice à l'intérieur.  
A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Excipient à effet notoire: lactose  
A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

**Composition, indications et posologie:**  
Voir notice à l'intérieur.  
A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Excipient à effet notoire: lactose.  
A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

**ORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :  
NNEL ET RYTHMIQUE,  
SCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**  
تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية

**الدكتورة شيماء هواري**

**Dr Chaymaa HOUARI**

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

**ecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires**

ite de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

e en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

lée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diagnostique en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

25 MARS 2022

**Mme FATIMA ZIAT**

1) NEBILET 5 MG, Comprimé: 1/4 - 0 - 1/4 x 3mois

2) FORCAR CP : 1 - 0 - 1 x 3mois

Al Kalmagas Transit 16x21 f (2mm)

**Dr. HOUARI Chaymaa**  
CARDIOLOGUE  
Domicile EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii  
G/P N° 37, 1er étage - Casablanca  
él. 05 22 90 64 47 - Fax: 05 22 90 65 78

Pharmacie de MEDINE  
INP: 091204834  
N° 3333333333  
N° 3333333333  
N° 3333333333

INP : 091204834

حي الولة - شارع أم الربيع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire " KARIMLAB" G/P N° 37, 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Tél: 05 22 90 64 47 - Fax: 05 22 90 65 78 - Email: centrecardiohouari@gmail.com