

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-669695

*par courriel*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3120 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMRANI - JAMAL RACHID

Date de naissance : 08.07.1955

Adresse : 170, GRASSE 3 AMELKIS MARAKECH

Tél. : 06 61 18 11 45 Total des frais engagés : 1085,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin - Docteur A. RAMI

Cachet du médecin :  
Cardiologue et Néphrologue  
de la Faculté de Médecine  
de Lille - France  
Tél: 0528846335 / 0528821050

Date de consultation : 4/7/22

Nom et prénom du malade : EL AMRANI Rachid Age: .....

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

Nature de la maladie : 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 : MARAKECH

Le : 6/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
01/11/22	C.F. Ec	300 DA		INP : 09 111 8539 Docteur A. RAMI Cardiologue et Néphrologue de la Faculté de Médecine de Lille - France Tel: 03 20 38 46 33 5 / 05 20 82 10 50

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-SAYANIA Said Al-Sayani Rue 150 St. 100 Marrakech - Tel: 024 36 81 27	04/10/2022	785,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

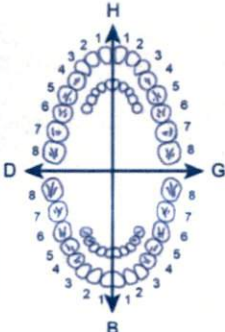
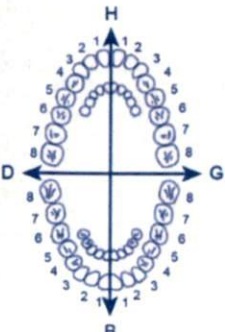
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 A.RAMI

Ancien Attaché des Services de  
Cardiologie et Néphrologie de C.H.U  
de Lille en France

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Diplômé des Etudes Spéciales de  
Néphrologie

Diplômé de Médecine du Travail

# الدكتور عبد الفتاح الرامي

ملحق سابقا بأقسام القلب و أمراض الكلتيين  
بالمركز الطبي الجامعي بليل في فرنسا

إختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

إختصاصي في أمراض الكلتيين  
إختصاصي في الطب المهني

أكادير في 22 / 7 / 4  
Agadir, le .....

En ATTENDANT Retour

$$273,00 \times 2 = 546,00$$

Ex force 160/10

$$56,80 \times 3 = 170,40$$

AT 50

69,00

785,40

Kalmar

Docteur A. RAMI  
Cardiologue et Néphrologue  
de la Faculté de Médecine  
de Lille - France  
Tél: 0528846335 / 0528821050

عمارة أرسلان زاوية زنقة مراكش و زنقة ماسة - أكادير - العنوان الإلكتروني: drrami@menara.ma

الهاتف: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 / الفاكس: 05 28 82 62 06

Imm Arsalane Angle Rue de Marrakech et Rue de Massa - AGADIR - E-mail: drrami@menara.ma  
Tél.: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente 48 111 383 - IGR: 75 700 610

ICE: 001581578000092

LOT: 2-0344  
DLUO: 05-2025  
69,00DH



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>** ○  
apironolactone

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>** ○  
apironolactone

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>** ○  
apironolactone

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029