

## 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.

### 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° W19-582585

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

00683

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD M. HAMED

Date de naissance :

11.12.1943

Adresse :

256 Bd DE BORDEAUX ETG 5

APP 4<sup>e</sup> 10 CASABLANCA

Tél. :

06 63 18 80 44

Total des frais engagés :

#801,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

AOUAD M. HAMED

Age :

79 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie Chronique

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 :

24.11.2022

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*



### 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
	24/11/22	801,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

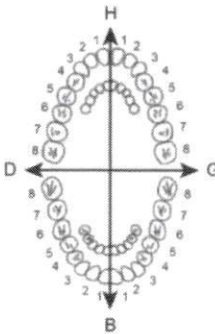
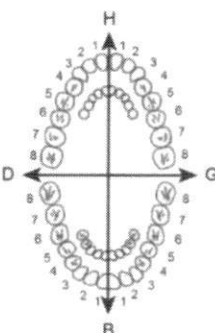
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC.DE MEDECINE-RENNES  
FRANCE  
222, BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 19/10/2022

Ordonnance

M. AOUAD M'HAMED

~~134,50~~ 134,50  
1°CO-IRVEL 150/12.5

:1cp matin 1j/2

~~27,70~~ 27,70  
2°PLAVIX

:1cp matin

~~43,20~~ 43,20  
3°CARDIOASPIRINE

:1cp midi

~~157,10~~ 157,10  
4°ZYLORIC 300

:1cp soir 1j/2

~~72,00~~ 72,00  
5°NOLIP 10

:1cp soir 1j/2

~~50,60~~ 50,60  
6°DETENSIEL 10

:1cp matin

7°PRINCIB F

:1cp matin et soir

851,70 QSP 3 MOIS

801,10  
PHARMACIE My YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25  
INPE: 092043355

reçu le 18/11/23

Lot N°

Exp

PPV

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH  
6 118001 081257

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090201

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

PPV

LOT

PER

Dr. Rachid EL HACHMI

CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

CASABLANCA, MAROC

05.22.99.18.78 : - Email : ra\_hachmi1@yahoo.fr



PHARMACIE MY YOUSSEF  
SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
139 BD MOULAY YOUSSEF  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

MRAOUAD MHAMED

I.C.E. :

N° ICE: 001597613000058

Le : 24/11/2022

FACTURE N°: 9011/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	CO-IRVEL 150/12.5 MG BT 28 CPS	134.50	134.50
1	PLAVIX 75MG 28CPS	316.00	316.00
1	CARDIOASPIRINE 100MG 30CPS	27.70	27.70
1	ZYLORIC 300 COMPS.28	43.20	43.20
1	NOLIP 10 MG BT 30 CPS	157.10	157.10
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72.00	72.00
1	PRINCI B FORT COMPS.30	50.60	50.60

TVA 7%: 14.94

Total : 801,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

HUIT CENT UN DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF  
Selma Cherif D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25  
INPE: 092043355