

## 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](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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-725731

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Boussetta Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assig C NR 319

Tél. : 0661 208926

Total des frais engagés : 1275,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2022

Nom et prénom du malade : Boussetta Halima

Age : 76 ans

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 : Marrakech

Le : 07/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-725731

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussetta

Total des frais engagés : 1275,60

Date de dépôt : 07/11/22

# 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
07/11/22	G		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDADI S-7D, Lot, Bouamria - Assif Marrakech Tel: 09 24 30 63 22	07/11/22	1025,60

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table><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	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>												
		<input type="text"/>												
		<input type="text"/>												
		<input type="text"/>												
		<input type="text"/>												
	<input type="text"/>													
	<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

# Dr. DILAI SARA

Spécialiste des maladies du Cœur  
et des vaisseaux

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort



# الدكتورة ديلائي سارة

إختصاصية في أمراض القلب  
والشرايين

- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakech, le : 07/11/22

**Dr SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appr. N°1 Imm 5 Angle Allal El Fassi  
et Abdelkarim El KhatTabi - Marrakech  
Tél / Fax : 05 24 291 293

M<sup>me</sup> Boussetta Halima

11110 Bi - premax 5/1,25

1p

58,10 cardesiel 5mg

1/2 p + 2ly

4670 Zyloric 100

1 p ly

15710 No - Ap 10

1 p ly

1025,60

**Pharmacie KAMILIA**

Dr. Bouchra BAGHDAD  
7S-7D, Lot, Bouamria - Assif (C)  
Marrakech

Tél : 05 24 30 63 22

**Dr SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appr. N°1 Imm 5 Angle Allal El Fassi  
et Abdelkarim El KhatTabi - Marrakech  
Tél / Fax : 05 24 291 293

LOT 222207  
EXP 06 2026  
PPV 46.70 DJ


W  
x3  
Murs.

عمارة رقم 5، شقة 1 زاوية ألال El فاسي  
- مراکش (mes rendez vous ici)  
Appr. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El KhatTabi (au-dessous de nos rendez vous) - Marrakech  
Tél./Fax : 0524 291 293 - E-mail : dr.s.dilal@gmail.com



TAJID 1012 70  
usro ub zedoban zeb ozobit  
Muz: gloy 700 10  
100 11 1012 70 1012 70  
100 11 1012 70 1012 70  
100 11 1012 70 1012 70

  
6 118001 100873  
**Cardensiel® 5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH  
7862160239

  
6 118001 100873  
**Cardensiel® 5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH  
7862160239

  
6 118001 100873  
**Cardensiel® 5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH  
7862160239

  
  
157,10

  
  
157,10

  
  
157,10

  
  
11,10

  
  
11,10

  
  
11,10

TAJID 1012 70  
usro ub zedoban zeb ozobit  
Muz: gloy 700 10  
100 11 1012 70 1012 70  
100 11 1012 70 1012 70  
100 11 1012 70 1012 70