

# 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**  
**M22- 0006722**

☐ Maladie ☐ Dentaire, ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 361 Société : 144096

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Charakam Zahra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imrane MOUATTAJ  
MEDECIN AGREE  
par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, BD. Oued Sebou C. 17 Casablanca  
Tél: 05 22 70 33 21

Date de consultation : 04 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : CHARAKAM Zahra Age :

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

Nature de la maladie : H.T.A.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : H.T.A.

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) :



# 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
04.01.2023	C		150.000	<b>Dr. Imrane MOUATASSIM</b> <b>MEDECIN AGREE</b> par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de conduire 710, BD. Oued Sebou D. J. Casablanca Tel: 0522 90 51 13

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE WILAYE MOULOUYA</b> 220 222-224 Bd. Oued Sebou D. J. Casablanca Tel: 0522 90 51 13 CE: 002291220000674	04.01.23	1537.80

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

MÉDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THÉRAPEUTIQUE MÉTABOLIQUE

EXPERTISE MÉDICALE

SUIVIE HTA ET DIABÈTE

الدكتور عمران معتصم

الطب العام

مدبلوم جامعي،

الفحص والصدى

الطب الاستعجالي

التغذية والحمية

الخبرة الطبية

تتبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السياقة

Casablanca, le.....04.10.....2023.....في الدار البيضاء،

Dr CHARAKAN Zahra

PHARMACIE WILAYAT MONO ETAT  
ZEKRI Abdlati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Sabou  
Casablanca - Tél. 05 22 90 33 27  
ICE: 0022912290009

- 28,80  
1/ vitanevid (SV) 100mg  
57,00 x 3  
2/ Tensioket mg (SV)  
21,80 x 5  
3/ Aspiriz 100 (SV) 3mg  
43,00 x 3  
4/ Anglor mg (SV)

T: 437-80

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREE

par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, Bd Oued Sabou O. Ifr. Casablanca  
Tél. 05 22 90 33 27  
ICE: 0022912290009

☐ Contrôle

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com

PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV:43DH00  
PER:09/24  
LOT:L3094

PPV:43DH00  
PER:09/24  
LOT:L3094

PPV:43DH00  
PER:09/24  
LOT:L3094

5700

57,00

5700

LOT:22E001  
PER:02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.:21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.:21DH80



LOT:22E001  
PER:02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.:21DH80



LOT:22E001  
PER:02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.:21DH80



LOT:22E001  
PER:02 2024

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.:21DH80



57,00

57,00

57,00