

# 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- 0055913

149659

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2630

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : H. AL MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/58

Adresse : 2 KARA Rne 05 N° 13 AIN CHOK

CASA

Tél. : 0637872818

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdellah SIWANE  
Traumato-Orthopédiste  
Hôpital Mohamed Baouafi  
Casablanca

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : H. AL MOHAMMED

Age : 67 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : R. Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : D. de la C.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la circulation

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
10/01/23				 <b>Dr Abdelhak Siwani</b> Traumato-Orthopédiste Hôpital Mohamed Baouafi Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

on du Fournisseur

12 Bis, Rue L'Hercule Casa

(Face Hôpital Mohamed Baouafi)

Tel.: 022.8.05.52

Fax: 022.21.34.99

Dr. Abdelhak Siwani

Pharmacie Ray Inara Rachid

Pharmacie Doha - Casablanca

12/1/23

10/01/23

430,1

95,6

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

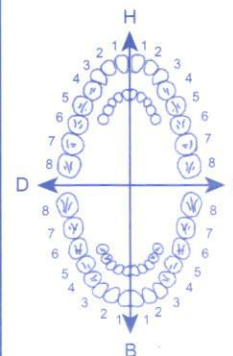
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient


COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

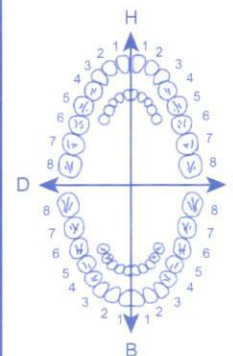
H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CHP MOHAMED BAOUAFI**

Casablanca le .....

10/11/23

# ORDONNANCE

7<sup>th</sup> Hilde, Berlin

La rive de l'est  
De la rive de l'ouest

CA 72 ~~Bottle for~~ PCP/30.

47,80x2

SV

MAPAMED  
12 Bis, Rue L'hérault Face Hôpital Bouaffi  
Tél : 0522.81.03.52 - Casablanca

My Disease

*[Handwritten signature]*

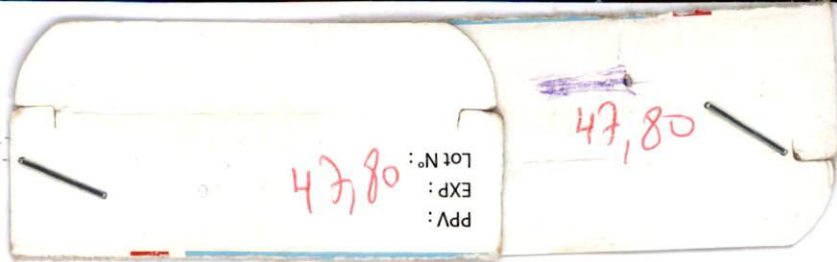
Others

200222

4/1/2020

Dr. Abdelhak SIMANE  
Traumatologue-Orthopédiste  
Hôpital Mohamed VI  
Casablanca

98.60



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الضاد، مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le 22/2/23

## ORDONNANCE

HILALOU FATIMA

- 03 Route 20 -

- 82500 2M

- cab 2R

MAPAMED SARL  
12 Bis, Rue L'Herauld Casa  
(Face Hôpital Bouafi)  
Tel.: 022.81.03.52

430/00







MAPAMED s.a.r.l

# FACTURE

0019208

Importation et Distribution  
De Matériel Médical  
Equipement Cliniques et  
Hôpitaux

Nom ou Raison Sociale :

Me Fatima

Réglement :

Egrees

Adresse :

Vilslou

Date :

12/1/23

Quantité	Référence	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
3		Resue 10cm	130	390
1		Sleeve 10cm	20	20
1		Jeug 10cm	20	20
<div>MAPAMED SARL 12 Bis, Rue L'Hérault Casablanca (Face Hôpital Bouafi) Tél.: 022.81.03.52</div>				
T.V.A. 7%			Total T.T.C.	430
T.V.A. 20%			Total H.T. 7%	401,87
			Total H.T. 20%	

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Quatre cent trente dh -