

# 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- 0016074

53569  
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Imane Hamid

Date de naissance : 01.01.1953

Adresse : Hay Mouly Rachid Groupe 6 me 10 n° 9h

Tél. : 06 60 34 11 42 Total des frais engagés : 576,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : LAHABIB NAHA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

10/03/23	C	2		
----------	---	---	--	--

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	10/03/23	576,70
--	----------	--------

# 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
		AM	PC	IM	IV	


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

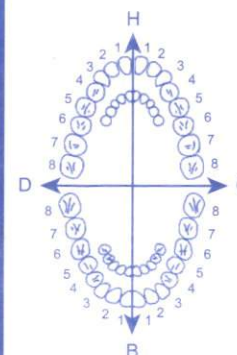
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

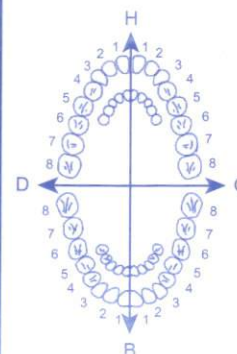
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B		D	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز تصفية الدم وأمراض الكلى الرازي  
Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Dr.KANBOUCHI Farida

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancienne interne du CHU de (Toulouse)



ذ.الكنبوشي فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي (تولوز)

Casablanca, Le: 10/03/23 في: الدار البيضاء،

Mr. VAHIA

LACHMA B

1) S.A.H.  
2) Catea  
2x10,22 20mg

1x22

2) Delastop  
13H, 50x2 20mg

1x22

3) Fucidine  
52, 20mg

1x22

4) cecles  
18,30 20mg

5) cloprare  
2x 39,40

6) Fucidine

1x22



DR. KANBOUCHI Farida  
Néphrologie - Hémodialyse  
Loties Loupiots Avenue Oqba Ibnou Nafii Rue N° 48 Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 71 54 75 - Fax: 05 22 71 54 79



3410  
7) Osmosine

546.70 100 - 172

Pharmacie EL IRRAJ  
N° 001078  
Rue N° 48 Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 71 54 79 Fax: 05 22 71 54 79



LOT 221107  
EXP 01/25  
PPV 51DH40

LOT 221107  
EXP 01/25  
PPV 51DH40

CATEX® 250 mg  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 070290

CATEX® 250 mg  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 070290

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC  
Quartier Arsallane-Rue Amyot d'inville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDINE® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés  
6 118001 200511  
PPV : 134 DH 50

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC  
Quartier Arsallane-Rue Amyot d'inville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDINE® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés  
6 118001 200511  
PPV : 134 DH 50

Fucidine® 2% pommade  
Tube de 15 g  
118000 120575

Fucidine® 2% pommade  
Tube de 15 g  
6 118000 120575

Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g  
39,70

Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g  
39,70

Dolostop® 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
6 118000 093022

LOT : 5327  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 10 DH 20

OSMOSINE®  
Hydroxyde de Magnésium  
Flacon de 260 ml  
6 118000 121004

OSMOSINE®  
Hydroxyde de Magnésium  
Flacon de 260 ml  
6 118000 121004

Dolostop® 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
6 118000 093022

LOT : 2441  
PER : 08-25  
P.P.V : 10 DH20

LOT 210581  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

CLOPRAME® 1mg/l  
Solution buvable 130 ml  
6 118000 031291

PPV 18DH30  
EXP 08/2025  
LOT 28006 5