

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0058791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7375 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED  
Date de naissance : 01/03/1967  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0663/11743 Total des frais engagés : 300 + 326,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Driss KHARMOUDY  
Date de consultation : 01/04/2023  
Nom et prénom du malade : Youssef ELIASSON Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Actuelle  
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 : Casablanca Le : 10/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



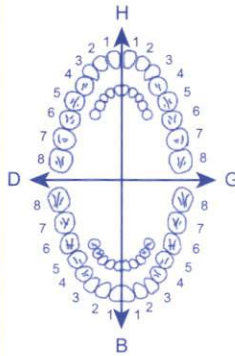
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

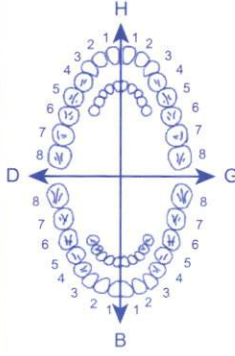
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: left;">                     00000000                      11433553  <b>B</b> </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 <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 <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Driss KHARMOUDY

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie des maladies  
du système nerveux, du crâne  
et de la colonne vertébrale  
Diplômé de PARIS

Sur Rendez-vous



الدكتور ادريس خرمودي

إختصاصي في جراحة  
أمراض الدماغ والأعصاب  
والعمود الفقري  
خريج كلية الطب بباريس  
بالموعد

01-04-23

Y. SAID  
DATE FA

S.V

35,70

- Almag 200

LOT 223840 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

1/2 x 1 = 28,80  
28,80 x 2 = 57,60  
- Vitamine B12 102

S.V

PPV  
LOT 28,80  
PER 28,80

1/2 x 3 = 53,00  
53,00 x 2 = 106,00  
- Diindo 50mg 102

PPV  
LOT 28,80  
PER 28,80  
Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles  
PPU 53DH00  
EXP 11/2024  
LOT 28009 1

1/2 x 2 = 99,00  
99,00  
- Jody 18 ml  
18 ml

S.V

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles  
PPU 53DH00  
EXP 09/2024  
LOT 24019 3

Bd El Qods, Centre Diamond 2, Lot. Assakane Al Anik, E

مركز دياموند 2، جزيرة السكن الأنيق، الطابق 3، الدار البيضاء

تلف: 05 22 54 32 58 - 06 61 45 32 56

LOT 211480  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

28,00

- Nodul codeni 10180

S.V

= 326,30 / g x 2 g - fi dub.

سیدلہ آمان  
Pharmacie AMAN

Dr. Houda Aman

Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12

Hay Ostra II - Am Chock

Assalam - 0522 54 32 00

~~DR. DEISS KHARMOUDY~~

~~Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12~~

~~Assalam - Am Chock~~

~~Tel: 0522 54 32 00~~

LOT: ZZE009  
PER: 09 2027

NO - DOL CODEINE  
CP 820

P.P.V: 28DH00

