

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0009119

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed  
Date de naissance :  
Adresse : Hah tuelle  
Tél. : 06 611 836 41 Total des frais engagés : 896,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. Farid TABLAOU  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221 Bd Zerkoun - Casablanca  
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Mohamed  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 29/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019


## 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

# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/05/2023      | C                 | 1                     | 2000                            | <br><b>Samira TADLAOUI</b><br>Nutrition - Diététique - Obésité<br>221, Bd Zerktouni - Casablanca<br>Tél: 0522 39 13 39 / 0661 52 99 66 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br><b>Pharmacie du CAF</b><br><b>Mme CHAOUI SAMIRA</b><br>1 Rue Al Oukhouane - Beausejour<br>Casablanca - Tél 05 22 39 89 73 | 20/05/2023 | 696,00                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

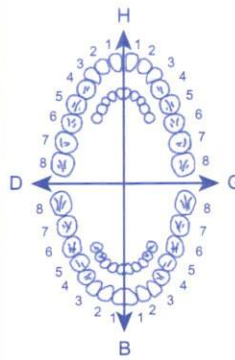
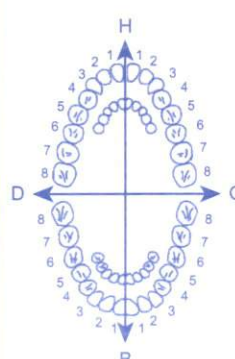
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H                                       |  | 25533412<br>00000000                     | 21433552<br>00000000                   | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                      |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | D  | G                    |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | B  |                      |   |  |  |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                      | MONTANTS DES SOINS <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. Farid TADLAOUI**

الدكتور فريد التلاوي

Médecine Générale - Echographie

الطب العام

Nutrition - Diététique - Obésité

المهنة الحمية نظام التغذية

Diplôme de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

Casablanca le :

18/5/2023

232,00 x 3

Xetrol 50 mg

T=696,00

**Dr. Farid TADLAOUI**  
Médecine Générale  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221, Bd Zerktouni - Casablanca  
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

Pharmacie de  
Mme CH  
1 Rue Al Ouk  
Casablanca - Tél: 0522 94 13 39

صيدلية  
TRA  
jour  
73

221 شارع الزرقطوني - الهاتف : 05 22 94 13 39 - الهاتف المحمول : 06 61 32 99 66

221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tél: 05 22 94 13 39 - GSM: 06 61 32 99 66



**Xatral** LP 10 mg  
altuzosine/altuzosin

30 prolonged release tablets

التريكتيا:

10 ملغ.....  
فيدوكوريليد الألفوزوسين.....

سواء كانت بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير مطول

السواغ ذو التأثير المعلوم: زيت الخروع المخرج.

دواء مرخص تحت الرقم: 4 34009 3511066

يحفظ بعيدا عن متناول ونظرا لأطفال

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء الالتزام بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

جراترال 10 ملغ

ألفوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصا ذي تحرير مطول

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire sans avoir lu la notice  
**Be careful**  
Do not drive without reading the insert

**NIVEAU 1**  
1 مستوى

**LEVEL 1**  
1 مستوى

**اقرأ النشرة قبل القيادة**  
اقرأ النشرة قبل القيادة



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH



Lot/Batch: HT1436  
Fab./Mfg.: 08/2022  
EXP: 07/2025

**Xatral** LP 10 mg  
altuzosine/altuzosin

30 prolonged release tablets

التريكتيا:

10 ملغ.....  
فيدوكوريليد الألفوزوسين.....

سواء كانت بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير مطول

السواغ ذو التأثير المعلوم: زيت الخروع المخرج.

دواء مرخص تحت الرقم: 4 34009 3511066

يحفظ بعيدا عن متناول ونظرا لأطفال

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء الالتزام بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

جراترال 10 ملغ

الافوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصا ذي تحرير مطول

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire sans avoir lu la notice  
**Be careful**  
Do not drive without reading the insert

**NIVEAU 1**  
**LEVEL 1**

**1 مستوى**  
**من حذر**

اقرأ النشرة قبل قيادة سيارتك



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH



Lot/Batch: HT1436  
Fab./Mfg.: 08/2022  
EXP: 07/2025