

## 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'Horlogerie  
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

N° W21-783146

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **12015**

Matricule : **12015** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **FATIMA**

Nom & Prénom : **EL ALAMI**

Date de naissance : **16/08/83**

Adresse : **164083**

Tél. : **0662881380** Frais des frais engagés : **832,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Dr. Hakima LAKHDAR**  
Dermatologue Vénérologue  
273, Bd. Zerkoun - Casablanca  
Tél: 05 22 39 00 77 Fax: 05 22 39 00 78

Date de consultation : **17/05/2023**

Nom et prénom du malade : **EL ALAMI Fatima** Age : **40**

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

Nature de la maladie : **myxo**

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 : **26/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Fatima**

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
03.2023	3		0,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie KHEOPS SARL</b>  <b>Aziza LAHLOU</b>  <b>Docteur en Pharmacie</b>          10 Ibnou Yafia Ikrani Massin - Casa          20 97 20 - Fax: 0522 95 09 26</p>	09/03/23	432,50

[illegible]

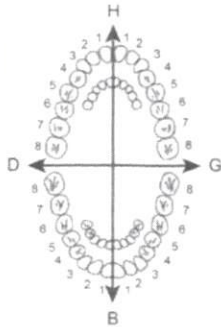
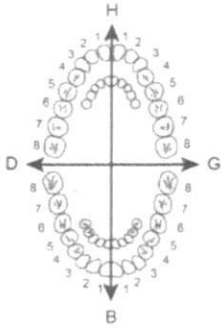
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	INP : <input type="text"/>								
				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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

09 MAI 2023

MYCOSTER® 1% ○

Crème Tube 30 g



My EL ALAOU Fatiha .

① Nettoyage visage avec { soins démaquillant DORVILLE  
soin micellaire LCA

soin visage et corps au gel sans alcool  
Ple

coccidin crème  
coccidin cream ○



LOT: 22E013  
PER: 10/2025

MYCOSTER 1%  
CRÈME 130G ○

P.P.V: 45DH20



② Dyostin crème

1 soif/2 eulie & orbeel  
et ougl mau & prof

DEXEVL®  
CRÈME - Tube de 250 g



soo plane ougl.

1 soif/2 ougl

③

Sérum tout jour JAWSSER

so melle usg auar

auar . BB uely larely see

Pharmacie KHEOPS SARL AU  
Aziza LAKLOU  
Docteur en Pharmacie  
9, Rue Ibnou Yaala Ifani Madat - Casa  
Tél.: 0522 94 97 28 - Fax: 0522 95 09 26

④

crème Pigment bio mult

1 soif/2 usg

⑤

Sérum Exfolge - soiver 1 soif/2 usg

2300

corcectin creme

(S.V)

1 aff 2 p / 1 ponce x 15

308,25  
308,30

meluar

(S.P)

(S.V)

1. luel embou 1F

sermesel gel 1F

L Eupflus 1F

1 aff 1 / 1

Texas

(S.V)

DOXERIL creme

sur le corps

apre la Douleur

5400

0512247

Pharmacie KHÉOPS SARL AU  
Aziza LAHLOU  
9, Rue Ibnou Yaala Iffrani Meahif Casablanca  
Tél: 0522 94 97 28 Fax: 0522 95 09 26

Pr. Hakima LAKHDAR  
Dermatologie Vénérologie  
275, Bd. Zerkoun Casablanca  
Tél: 05 22 39 00 77 Fax: 05 22 39 42 78