

## 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

N° W19-582551

166246

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00583

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AOUAD M. HAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 Bd. DE BORDEAUX ET 5 AP 10

Tél. :

CASABLANCA

Total des frais engagés :

340,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nouredine EL MGHABBAR  
MEDECIN DIRECTEUR  
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen  
Tél: 0522 99 43 79/80 - Fax: 0522 23 47 32  
Casablanca - INPF-091058529

Cachet du médecin :

Date de consultation :

31/05/2023

Nom et prénom du malade :

AOUAD M. HAMED

Age :

79

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Débit, insuffisance rénale

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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



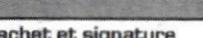
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/05/23	C2		306,000 DH	INP: 091958529
				Dr. Noureddine EL MARI ABBAR
				MEDICIN DIRECTEUR
				15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen
				Tel: 0522 98 43 79/80 - Fax: 0522 23 47 33

**Dr. Nouredine El MARRABBAR**  
**MEDECIN DIRECTEUR**  
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen  
Tel: 0522 98 43 79/80 - Fax: 0522 23 47 32  
Casablanca - INPF-091058529

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
asablanca - Tél: 05 22 22 27  
INPE: 092043355

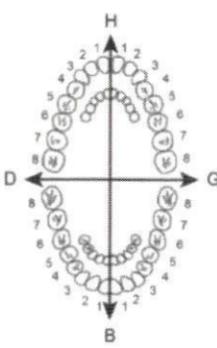
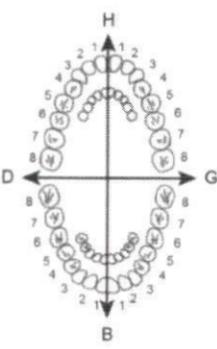
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 15px;"></span>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 25533412    21433552  00000000    00000000 </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> 00000000    00000000  35533411    11433553 </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>			

 **(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

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.**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Noureddine ELMGHABBAR**

**NEPHROLOGUE**

Titulaire du C.E.S  
Diplômé de l'Université de Lyon  
Ex : Attaché au C.H.U de Lyon  
Chef de service à la Polyclinique CNSS



090001181



**الدكتور نور الدين المغبر**

إختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإصطناعية

خريج جامعة ليون

سابقا، ملحق بالمستشفى الجامعي بليون

رئيس قسم أمراض الكلية بمصحة ص.و.ض.ج

Casablanca, le 31/05/2023

*Dr. Noureddine Elmghabbar*

40,50

*T-88-80*  
*14 nt*



**Dr. Noureddine ELMGHABBAR**  
**NEPHROLOGUE**  
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

**PHARMACIE My YOUSSEF**  
Salma CHERIEF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25  
**INPE: 092043355**



**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40.50 DH

**CENTRE D'HEMODIALYSE LE PLATEAU**

15, Rue Pasquier, Bd Abdelmoumen, Casablanca • Patente : 34712911 • CNSS : 2593508 • I.F.: 42202641  
ICE : 001634861000058 • Tél.: 0522 99 43 79/80 • Fax: 0522 23 47 32 • E-mail : c.leplateau@gmail.com