

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H  
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

M23-010209

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01929 Société : RAM.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZACHLOUL MOHAMMED  
 Date de naissance : 14-10-56  
 Adresse : LOT KENNEDY ALLAMOVN LOT 445  
 20230 CASABLANCA  
 Tél. : 0661187647 Total des frais engagés : 2362,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/07/2023  
 Nom et prénom du malade : ZACHLOUL MOHAMMED Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA - Rhum. Abdom. ag.  
 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 : 24/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

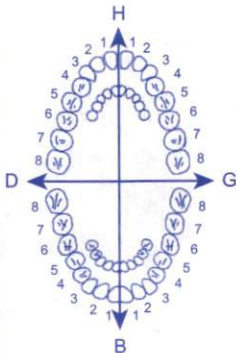
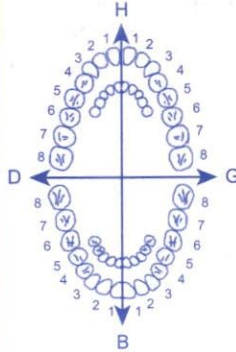
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
13/01/23	g 246		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2062,20	13/07/23	<p>Dr. BOUCHARREB Med Réda</p> <p>Pharmacie Centrale</p> <p>Rommani</p> <p>Tel.: 05 37 51 82 02</p> <p>INPE: 108 217 1168</p>

[illegible][illegible]

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span><b>D</b></span> <span><b>G</b></span> </div> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 13 JUILLET 2023



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

MONSIEUR ZAGHLOUL MOHAMMED

7x 195,00 1/- EXFORGE 5 MG/80 MG  
1 CP/J LE MATIN.

6x 99,70 2/- LABIXTEN 20 MG  
1 CP/J LE SOIR AU COUCHER

TRAITEMENT DE SIX MOIS

99,00 3/- OEDES 20 MG 1BOITE.  
1 GEL/J LE SOIR.

2062,20

Dr. BOUCHABER Med Réda  
Pharmacie Centrale  
Romyani  
Tél: 05 37 51 62 02

SNPE: 102017464

البكتورة شادية بنشقرن  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63 Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71  
N° INP : 091 021 865

LOT 201591  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

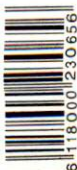
63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington – Casablanca-  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71



LOT: 14523002  
PER: 02/2028  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**  
**20 MG**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6118000230656

LOT: 14523002  
PER: 02/2028  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6118000230656

LOT: 14523002  
PER: 02/2028  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés

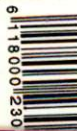


6118000230656

LOT: 14522005  
PER: 05/2027  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6118000230656

LOT: 14523002  
PER: 02/2028  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**  
**20 MG**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6118000230656

LOT: 14523001  
PER: 03/2028  
PPV: 99,70 DH

**LABIX**  
**20 MG**

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6118000230656