

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-812773

172493

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3186 Société : RAM (Retraite)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 69 ans

Nom & Prénom : NADRI Hamid

Date de naissance : 10-11-1953

Adresse : Moulins

Tél. : 0660657191 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : NADRI Hamid

Lien de parenté :

☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 que je ne suis pas assujéti de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 01/08/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

Dr. BENMENSOUR Mohamed  
Oncologue - Radiothérapeute  
INPE : 091144857  
HÔPITAL PRIVÉ DE CASABLANCA AIN SEBBA  
279, Bd. Chefchaouène Aïn Sebba

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Reçu du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MARHABA</b> André ACHOUR Av. des F.A.R. Cas 0522 31 16 40	31/07/23	431,10

61, Av André ACHOUR  
Tel 0522 31 16 40

PHARMACIE MARHABA

Cachet du Pharmacien  
Cachet du Fournisseur

31

Cachet et signature du

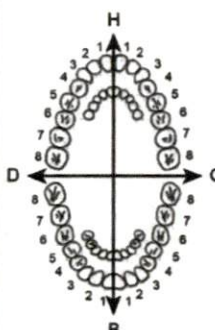
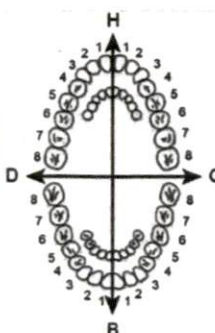
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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 L'EXECUTION



عيادة مختصة في أمراض الدم و الأنكولوجيا  
CABINET D'HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE

Dr. Asmae LOUKILI IDRISSE

Spécialiste

Hématologie clinique

Adultes et Enfants

Creffe de moëlle osseuse

Oncoologie Pédiatrique

الدكتورة أسماء الوكيل الإدريسي

أخصائية

أمراض الدم

البالغين و الأطفال

زرع النخاع العظمي

سرطان الطفل

Le 31/07/2023

Casablanca, le .....

Mr NADRI HAMID

J1 = J28

2/ ORADEXAN 20 mg (gélules à préparer)

1 cp / jour

J1 et J2

J8 et J9

J15 et J16

J22 et J23

LOT 211483  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

3/ OEDES 20 mg

1 cp / jour

4/ VALEX 500 mg

1 cp / jour

5/ COTRIM FORT

1 cp Lundi, Mercredi

CO-TRIM

PPV 30DH50

6/ ASPEGIC 100 mg

1 S / jour

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés

- LAPROPHAN

PPV: 29DH50

EXP 01/2025

LOT 2M032 5

T=431,10

74. إقامة كولد ، زاوية شارع ستندال و زنقة مونتني - قال فلوري - الدار البيضاء

74, Gold résidence, Angle Avenue Stendhal et Rue Montaigne, Val Feuri - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 23 22 12 - Gsm : 0662 17 20 27 - Mail : loukili\_asmae@yahoo.fr - INPE : 091013524



