

# 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](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'Hay Mohammadi II - 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

M22- 0058314

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : RAm  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SALIMI Mohamed  
 Date de naissance : 01.07.1939  
 Adresse : Cité Tawaraka GR 114 L98 ALGER  
 Tél : 0672134665 Total des frais engagés : # 1177,10 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 04/12/2025  
 Nom et prénom du malade : Mr SALIMI Mohamed  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : II - TA  
 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 : Le : 11/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
04.12.2023	B		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fourmeuse

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE YATA**  
Mme AL KHAFF ABAC  
Imm 52 Hay Moubarka  
Sidi Berrouss - Casablanca  
Tel : 05 22 73 94 44

04/12/2023

817,10

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

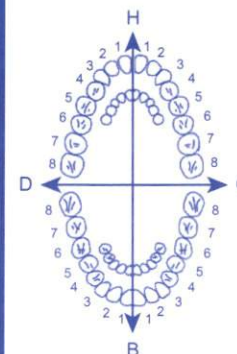
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

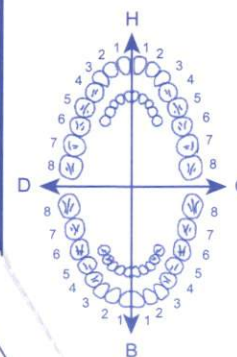
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMA**  
Mme AL KH  
Imm 52 Hay  
Sidi Bernoussi  
Tél : 05 22

**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 04 décembre 2023

MR SALIMI Mohamed

ASPEGIC 100 MG: 1 SACHET PAR JOUR A MIDI SANS ARRET

CARDIX 25 MG: ½ CP PAR JOUR LE MATIN SANS ARRET

LD NOR 10 MG: 1CP PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

TRIA TEC 5 MG: 1 CP PAR JOUR SANS ARRET



Docteur ALI EL MAKHLOUF



**DR. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89



EN CAS D'URGENCE APPELÉZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483



**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

---

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le lundi 4 décembre 2023

MR SALIMI Mohamed

CONSULTATION..... 300.00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 300.00DHS

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abtouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 ou 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483