

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-582519

187676

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00683

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AOUAN M'HAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 Bd DE BORDEAUX Et 5 App' n° 10

Tél. :

0663188044

Total des frais engagés :

679,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1

Nom et prénom du malade :

AOUAN M'HAMED

Age :

79 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie Chronique

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.

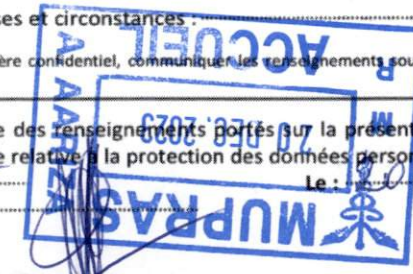
Fait à :

CASABLANCA

Le :

10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 20/11/2023 | 679,80                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

| 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 |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|---|---|------------------|-------------|---|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                          |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F. |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |             |   | H |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  |
|   | H   |                  | H           |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | D   |                  | G           |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | B   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|   |   |                  |             |   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |

PHARMACIE MY YOUSSEF  
SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
139 BD MOULAY YOUSSEF  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

Mhamed aouad

I.C.E. :

Le : 20/11/2023

FACTURE N°: 9725/23

| Qté | Désignation           | Prix   | TVA | Montant |
|-----|-----------------------|--------|-----|---------|
| 1   | CARDENSIEL 1.25 BT/30 | 77,80  |     | 77,80   |
| 1   | COPLAVIX 75MG/100MG   | 270,00 | 7   | 270,00  |
| 1   | IRVEL 150 MG / 30 CPS | 108,70 | 7   | 108,70  |
| 2   | LASILIX 40MG COMPS/20 | 34,60  |     | 69,20   |
| 1   | NOLIP 10 MG BT 30 CPS | 154,10 |     | 154,10  |

TVA 7%:

24.77

Total :

679,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF  
SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25  
INPE: 092043355



6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 118001 082018

AFRIC-PHAR  
LOT 231257 EXP 05/2026  
PPV : 108DH70

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

154,10