

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0013566

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09204 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RHACHOUA Fatma

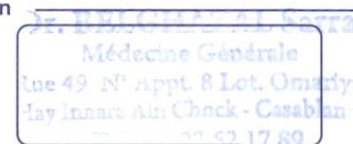
Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : Habituelle

Tél. : 0663669939 Total des frais engagés : 761,80 + 15000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : Ahimma Fatma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Symp et Syda Depress

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 : 20/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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'Ho  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### 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
20/12/2023		1	150,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	761,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

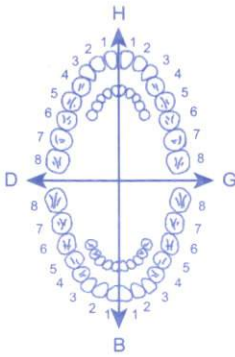
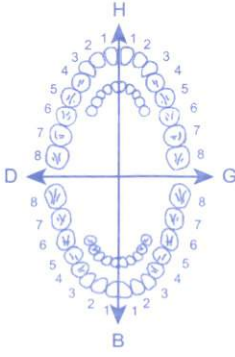
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	<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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BELGHAZAL SARRA

الدكتور بلغازل سارة

Médecine Générale  
Echographie

الطب العام  
الفحص بالصد

Ex. Médecin au CHU  
Ibn Rochd de Casablanca  
Service Chirurgie Pédiatrique

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال  
ابن رشد قسم جراحة الأطفال

**PHARMACIE MAJORELLE**  
Coopérative Médicale I. N° 14  
Orléans - France  
Tél. 05 22 50 21 42

Ordonnance

Casablanca le : 20/12/2023

Ghislaine Fatima

74,80

① Segun 800mg

69,20

② Fluswage spr

201,00

③ Valde 80

97,60

④ Crestine 80

74,80

⑤ Amlodyl 5

74,80

⑥ Amlodyl 5

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 69,20 DH  
ID: 652031  
118001141678

LOT: 457  
PER: AUT 2025  
PPV: 201 DH 00

PPV: 97DH60  
PER: 02/25  
LOT: M2829-2

PPV: 97DH60  
PER: 02/25  
LOT: M602-2

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V.: 41DH80  
LOT: 23E002N  
PER: 12/2025  
118000010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V.: 41DH80  
LOT: 23E002N  
PER: 12/2025  
118000010227

a - Résid. Mosquée  
22.52.17.89 - N°P: 34



30.70x2  
⑥ Cendegil 7mg

53.10 2 sachet / 2

② Relaxol 75mg

1 2 sachet

23.50  
⑦

12 capsules

1 2 sachet

Dr. BELCHACAL Sarra  
Médecine Générale  
Rue 49, N° 4/pt 8 Lot. Omani  
Jaj Innare Ain Chock - Casablanca  
TEL: 05 22 52 17 89

761,20

~~PHARMACIE MAJORELLE~~  
Coopérative Solca 1 N° 14  
Ouled Taleb, Calimie  
Casablanca - TEL: 05 22 52 17 89

LOT: 28E006  
PER: 03 2025

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 23E001  
PER: 10 2024

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 21E010V  
PER: 08 2024

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10



AMM: 10 DMP/21 NCH  
LOT: 23116 PER: 06/2026  
PPV: 23,50 DH