

## 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
- 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'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° W21-809145

194177

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHATMI ABDALLAH  
 Date de naissance : 08/02/1958  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 1000,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2024  
 Nom et prénom du malade : EL GOUMRI ATIKA Age: 60  
 Lien de parenté : ☐ lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 07/02/2024

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
16/01/24	Les		300.00	INP 09198411857

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/24	700.80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

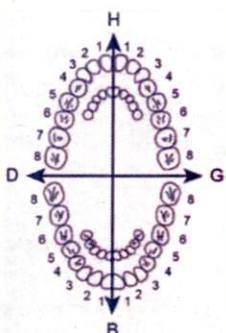
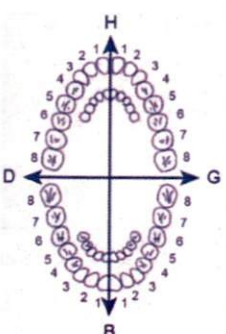
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 16/01/2024

MME EL-GOUMRI ATIKA

82,10 x 8 = 656,8

- **Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant**  
1 Comprimé avant les repas le matin pendant 3 mois

- **Potassium 15% - sirop**  
1 cuillère matin et soir (1J/2) pendant 3 mois

- **Cortancyl 5 mg - comprimé**  
1/2 comprimé le matin 1/2 après repas pendant 3 mois.

Régime peu salé



Sur Avis du Medecin

27

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com



**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

6 118001 020591  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
Boîte 14  
20 mg  
Cpr GR  
**INEXIUM**  
22 rue soubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**SYNTHEMEDIC**

