

# 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

M22- 0046858

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 21/01/1949

Adresse : Habitude

Tél. : 0689629854

Total des frais engagés : 1236,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2019

Nom et prénom du malade : AIT Merim Brahim

Age : 75

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Infarctus Coron

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Le :


*[Signature]*

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
03/11/24		S	G	Dr. ALLOU Monnane Cardiologue 20, Rue de France Ville Oasis - Cas Tél: 0522 98 07 15 Fax: 0522 98 83 27

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.01.24	1236,20

042031864

# ANALYSE RADIOGRAPHIQUES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

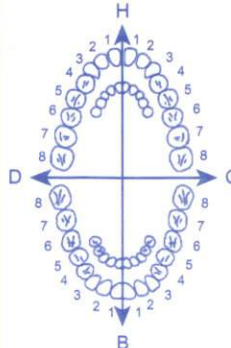
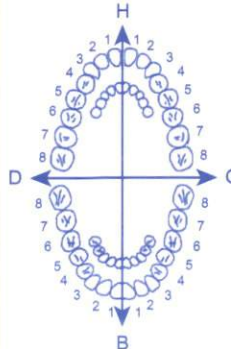
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D ————— G              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

03/11/2024

AIT MERIEM BRAHIM.

الدكتور محمد علاوي  
Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie  
et

Pathologie Vasculaire  
de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société  
Française de Cardiologie

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUDANT  
Tel : 05 28 53 93 29

2880x4

5780x3

8100x4

16090x4

N.R.

1236120

3 mois

Askandil 160 →

1cplj midi

LD NOR 10 →

1cplj sou

Fibrocard 240 →

1cplj

IR PHI 300 →

1cplj

lixi for

1cplj sou

SV

SV

SV

SV

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUDANT  
Tel : 05 28 53 93 29

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Dr. LOTFI Abdelfattah  
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ  
Province TAROUDANT  
Tel : 05 28 53 93 29

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. ALLAOUI Mohamed  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 231286

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

008'25 : Add

202/60 : Exp

582152 : LOT

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 231285

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

اسكارديل

160 ملغ 30 قرصا متحللا

ASKARDIL® 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 04/2025

LOT 2D006 3

اسكارديل

160 ملغ 30 قرصا متحللا

ASKARDIL® 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 11/2025

LOT 35014 3

اسكارديل

160 ملغ 30 قرصا متحللا

ASKARDIL® 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 04/2025

LOT 2D006 5

اسكارديل

160 ملغ 30 قرصا متحللا

ASKARDIL® 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 04/2025

LOT 2D006 1



6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 22A27B 3

EXP 01 2026

PPV 81.00 DH

Voie Orale



6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 22H31 1

EXP 08 2026

PPV 81.00 DH

Voie Orale



6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 22H31 1

EXP 08 2026

PPV 81.00 DH

Voie Orale



6 118001 070701

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

CHLORHYDRATE DE VERA

Minigranules

LOT 22H31 1

EXP 08 2026

PPV 81.00 DH

Voie Orale



6 118001 051268

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

LOT 22H31 1  
EXP 08 2026  
PPV 81.00 DH



6 118001 051268

30 Comprimés



6 118000 051268

IR PH 300 mg  
30 Comprimés

LOT 084  
PPV 160 DH 90  
EXP 08 2026

POT : 085  
PER : NOV 2026  
PPV : 180 DH 9

IRP

30 Comprimés



6 118000 051268