

# 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](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'Horloge 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

MUPRAS  
RECEPTION 9

CRAM

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010208

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAD Abderrahim

Date de naissance : 01-5-1953

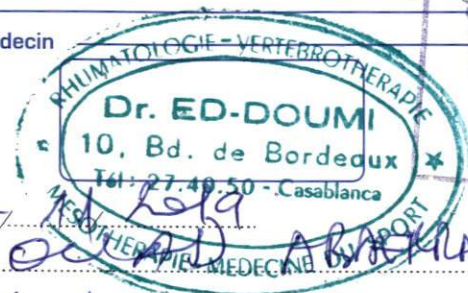
Adresse : 20E WAFI H98 DEROUA

Tél. : 06 62 65 2833

Total des frais engagés : 250 + 280,55 + 415,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/19

Nom et prénom du malade : OUAD Abderrahim Age: 1953

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthralgie

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 : 26/11/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07 NOV 2019     | G                 |                       | 2500                            |  |
| 26 NOV 2019     | G                 |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 7/11/19  | 280,17                |
|  | 26/11/19 | 415,00                |

## 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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

| 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  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | B  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M'hammed ED-

Diplômé de la faculté de Médecine

19.6.50

LOT: 15819112

PER: 01-01-2022

PPV: 31.6.5000

31,30



بي - الطب الرياضي

لدى المحاكم

58,40

LOT : 191290  
UT AV: 07/2023  
PPV: 54,20DH

26 NOV. 2019

الدار البيضاء، في :

Solupred® 20mg



7<sup>e</sup> QUAD ABSTENTION

58,40

1) Solupred 20mg

2cp. le matin (5 jours)

ensuite 1cp le matin (5 jours)

58,40

2) CARTEX 100mg

1cp. le soir

194,50

3) SERENIT

1

1

75,00

4) VENOXYL gel

1 application 2ff

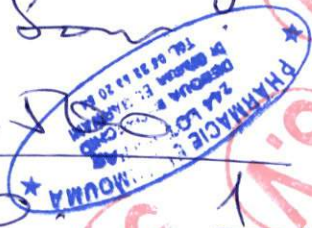
31,30

5) ZMOTIC 200

1cp le soir

1cp le soir

VENOXYL  
60 05 22  
LOT PER  
Prix 75,00



10, شارع بوردو (ساحة وادي المخازن) - زاوية شارع أنفا الطابق الأول - ☎ : 05 22 27 40 50، الدار البيضاء  
10, Bd. Bordeaux (place Verdun) Angle Bd. D'Anfa - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca - ☎ : 05 22 27 40 50



**Dr. M'hammed ED-DOUMI**

Diplômé de la faculté de Médecine de Marseille

Rhumatologie - Vétébrothérapie  
Mésothérapie - Médecine du sport  
Médecine Manuelle orthopédique

Expert assermenté près les tribunaux

**الدكتور امحمد الدومي**

خريج كلية الطب بمرسيليا

اختصاصي في أمراض العمود الفقري  
المفاصل، العظام، الرثية (الروماتيزم)  
الترويض الطبي - الطب الرياضي

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في

Dr. M'hammed ED-DOUMI

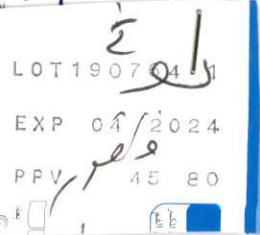
1) I donne 20 mg  
1 cp le matin (7 jours)  
ensuite 1/2 cp le matin (8 jours)

2) Di-INDO 50 mg  
1 cp. le soir

3) THI'ri' mae  
1 cp à midi

4) 20 mg (ste de 28)  
1 g le matin

280 DH



ساحة وادي المخازن - زاوية شارع أنفا الطابق الأول - ☎ : 05 22 27 40 50 ، الدار البيضاء

10, Bd. Bordeaux (place Verdun) Angle Bd. D'Anfa - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca - ☎ : 05 22 27 40 50