

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0038169

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Nouri HATTA  
Date de naissance : 10.09.1955  
Adresse : DAN CHAOUI Rue 6ème Etage ANCHOR CASABLANCA  
Tél. : 0661 889944 Total des frais engagés : 2503,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
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 : 18/10/19


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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/10/19	2509,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

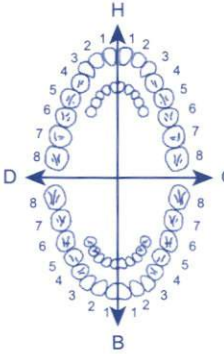
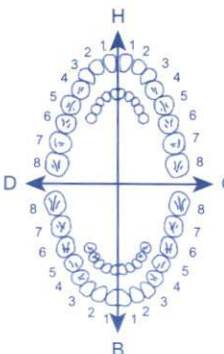
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>H</b>  25533412  00000000 </div> <div> <b>G</b>  21433552  00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>D</b>  00000000  35533411 </div> <div> <b>B</b>  00000000  11433553 </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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'E

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le 5-10-2019 الدار البيضاء

Boukidouss

8226 = 4921

①

Vox



Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
Clinique Racine Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: n.harfaoui@hotmail.com

1812

LOT: 20059  
PER: 07/21  
P.P.V: 82.00

LOT: 20059  
PER: 07/21  
P.P.V: 82.00

LOT: 20059  
PER: 07/21  
P.P.V: 82.00

LOT: 20059  
PER: 07/21  
P.P.V: 82.00

20061

NOVOPHARMA

LOT

UTAV

P.P.V

82.00

82.00

LOT: 20059  
PER: 07/21  
P.P.V: 82.00

1029 = 901

②

Andel



Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
Clinique Racine Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: n.harfaoui@hotmail.com

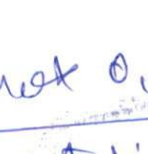
1813

4x 349,- = 1396 + 131,10

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000µantix inj b2  
P.P.V: 138,10 DH  
6 118001 080472

③

lovenox 0,4



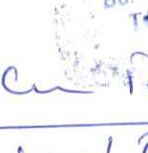
Pharmacie Boumri  
Bd. Tah Rue 2 N°2 Ain Chock  
Tél: 022 87 45 66

1814

196,50 = 393,-

④

sep en



Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
Clinique Racine Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: n.harfaoui@hotmail.com

1815

2509/12

LOT: 05-20010  
PER: 05-20010  
P.P.V: 196,50

LOT: 05-20011  
PER: 05-20011  
P.P.V: 196,50

blanca - Maroc - I.C.E: 001715826000092  
naceurharfaoui@gmail.com

196,50

196,50



LOT : 190434  
UT AV: 02/2022  
PPV: 10,00DH

Lot No :

PPV (HD) Add

x 9

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000ulactixa inj 66  
PPV : 349,00 DH



x 4