

# 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.

## Educateur :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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)

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1384

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Khamlich, Mohamed

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

Tél. : 0602154142

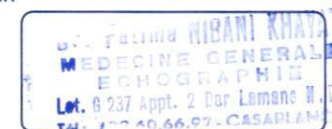
Total des frais engagés :

967,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/03/2022

Nom et prénom du malade :

KHAMLICH NOURIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - HTA - Aff. Respiratoire

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 :

07/05/20

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### 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
06/03/2020		C	150 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAY ATTIRAIL PRISS Docteur en Pharmacie par Lamane, Bloc 6, H.M. Ain Sebba - Casablanca	04/03/20	817,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

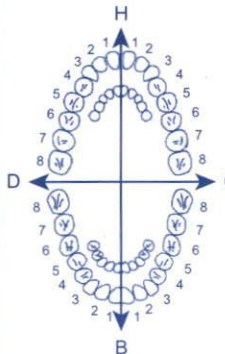
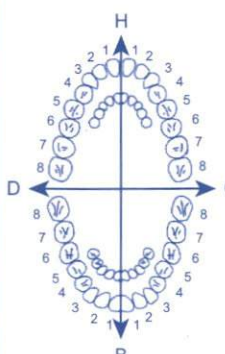
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NIBANI KHAYAT Fatima

OMNIPRATICIENNE

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Diplômée en Echographie Générale  
et Obstétricale de Faculté René  
Descartes Paris  
Suivi de Grossesse - ECG  
Diplômée en Diabétologie de  
La Faculté de Médecine Montpellier  
DU de Nutrition et Diététique Médicale  
Faculté de FES

الدكتورة نباني خياط فاطمة

الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء  
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى  
بجامعة روني ديكارت بباريس  
مراقبة الحمل - تخطيط القلب  
حائزة على دبلوم أمراض السكري  
بكلية الطب مونييلي  
دبلوم الحماية الطبية و التغذية  
كلية الطب بفاس

Casablanca le : 04/03/2020

KITAMLI CHI NOURIA

28.00 x3 - Glucophage 1000 N:3.

89.20 x2 - Amelior N:2 (9.20 x 8).

- Karsag C 160 N:3.

35.70 x3 - Aspirine 100mg N:3.

19.650 - Zivara 100mg N:3.

15.80 - Doliprane 1000mg N:3.

59.50 - Emlasep N:3.

Pharmacie EL HAY  
KITAMLI DRISS  
Docteur en Pharmacie  
Dar Lamane, Bloc p N°6, H.M.  
Ain Sebaa - Casablanca

مجموعة 237، ج شقة 2، دار الحسن - أبي المحمدي - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 60 66 97

Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane Hay Mohammadi - Casablanca - Tél : 05 22 60 66 97

58.40 - 580 capsules  
quadruplé par j.

52.80 - 520000 sachets  
type Bouchard

3250x2 - 325000 sachets  
type Bouchard

81750

Pharmacie EL HAY  
ATTIRHILIKISS  
Docteur en Pharmacie  
r. Lamane, Bloc P N°6 H.M.  
Ain Sebaa, Casablanca  
Tel: 022 60 36 97 - CASABLANCA

LOT: 022 60 36 97 - CASABLANCA  
Tel: 022 60 36 97 - CASABLANCA

LOT: 19E004  
PER: 04 2021  
KARDECIC 110MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70

LOT 181038  
XP 02/2021  
PPV 52.80DH

58.40

LOT: M0162  
PER: 11/2020  
PPV: 196.50DH

PPV: 196.50DH  
LOT: 181038  
PER: 02/2021  
PPV: 52.80DH

LOT 052304/FC9  
05/2022 PPC 59.50

28.00

190462  
08/2021  
30.00DH

28.00

LOT 181038  
XP 02/2021  
PPV 52.80DH  
KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70  
LOT 19E003  
PER: 04 2021  
KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70  
LOT 19E001  
PER: 10 2020