

# 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.

## 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

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 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- 0045126

ND : 44648

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IMANE HAMID

Date de naissance : 1953

Adresse : MAY MLY RACHID Rue 10. GROUPE G N° 34

CASA

Tél. : 06 54 776568 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR KANBOUCHI Farid  
Néphrologie - Hémodialyse  
Lel les Loupiots Av. ...  
Rue N°48 Sidi Moumen - ...

Date de consultation : 20 / 10 / 20

Nom et prénom du malade : LAUNTAI NAIDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DRU n° 1/2

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 : 21 / 10 / 2020

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
20/10/20	C2	C	✓	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/20	1386,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

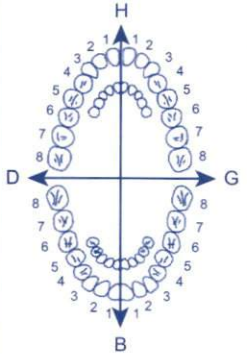
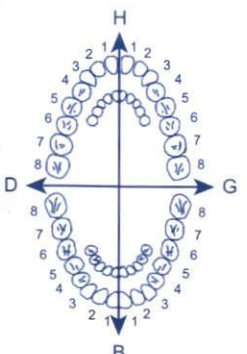
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 colspan="2">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 colspan="2">B</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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

مركز تصفية الدم وأمراض الكلى الرازي  
Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Dr. KANBOUCHI Farida

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancienne interne du CHU de (Toulouse)



ذ.الكنبوشي فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي (تولوز)

Casablanca, Le 20/10/20 في : الدار البيضاء.

LAUBHAS I NAFI NA

25,20

Calinib log  
2x150, Hg. 1p'



2x150, Hg. 2p'

2x99,00  
31 oed 2g 1p'

2x34,60  
M.H. 1p'

2x196,20  
71 1p'

2x35,40  
61 1p'

2x3,60  
71 1p'

2x3,20  
81 1p'

28 Co  
9/ Neofortan 160mg



1386.20

Dr. KANOUCHI Farouk  
Nephrologie - Hémodialyse  
43, Sidi Moumen - Casablanca

LOT 200747  
EXP 05/2023  
PPV 83.20DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Oroken 200 mg cp pel b 8  
P.P.V : 143,80 DH  
6 118000 061069

LOT: 061  
PER: NOV 2022  
PPV: 75 DH 20

28 Co

LOT: 20E016  
PER: 11/2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT: 20E012  
PER: 10/2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT: 20E010  
PER: 10/2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT: 19E008  
PER: 09/2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10/2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH

LOT 190819  
EXP 02/2022  
PPV 99.00DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 18310-

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 186,20 DH  
6 118001 183104

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 02/2023  
LOT 02029 1

(50 X 28 X 114) mm