

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

**Education :**  
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 canaux, 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 canaux.

**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- 057807

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM 48783  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN  
Date de naissance : 25-06-1953  
Adresse : 1st floor KHALLOUNE II Résidence Casablanca  
Appt n° 4 Casablanca 20190  
Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 754,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HRICHI Rachid  
Médecin Généraliste  
35, Av. Oued Mansif Cité El Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 27 19 48 96

Date de consultation : 26/11/2020  
Nom et prénom du malade : BOUTIBA Amel  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint  
Nature de la maladie : Sd Anémique  
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 / 2020

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
16/11/2020	C7		500,00	Dr. HRICHI Rachid Médecine Générale 295, Av. Oued Tansit Cité El Oulfa Casa - Tél : 05 27 19 43 98

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H. 47 N°1 Hay L'Assommoir - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE 001551568000078 - IF: 40155060	16/11/2020	574,20

## 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. Important : Veuillez joindre les radiographies.

## SOINS DENTAIRES

BIOMARTIAL LIPOFER

Complément alimentaire, n'est pas un médicament

30 Gélules

MONTANTS DES SOINS

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7		200 Dh	<p>دكتور الحريشي رشيد</p> <p>DR. HRICHI Rachid</p> <p>Médecine Générale</p> <p>95, Av Oued Tansift Cité El Oulfa</p> <p>Casa - Tél : 05 27 19 43 96</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie	Date	Montant de la Facture
Pharmacie H.H. 47 N°1	16/11/2020	574,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

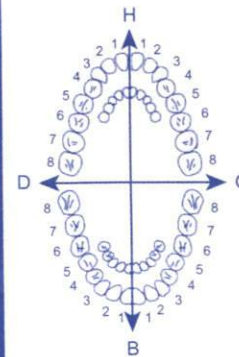
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte

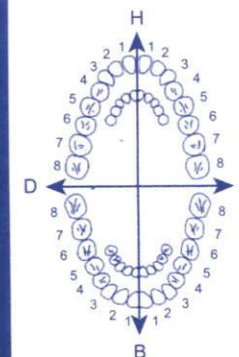
Important :

Veuillez joindre les radi

## SOINS DENTAIRES



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**BIOMARTIAL**  
LIPOFER

**BIOMARTIAL**  
LIPOFER

Complément alimentaire,  
n'est pas un médicament

30 Gél

MONTANTS  
DES SOINS

**BIOMARTIAL**  
LIPOFER

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



DIFFERINE 0,1 %  
crème, tube de 30 g  
AMM N° 291 DMP/21/NGV  
PPV: 72,50 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070206

رشيد

PFV 79DH90  
PER 12/21  
LOT 12788

79,90

(مجموعة E)

البيضاء  
0666 80

LOT 181058  
EXP 02/2021  
PPV 52.80DH

Casablanca, le : 16/11/2020 : الدار البيضاء، في

Mme BOUTIBA CAMILIA

127,0043 1). Biomartial (pendant 3 mois)  
3 gélule/j



52,80 2). Oedes Long  
3 gélule/j le matin



29,90 3). Bismazole  
1 cp/j



22,50 4). Differine 0,1% crème  
1 app x 2/j



دكتور الحريشي رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Médecine Générale  
35, Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tél : 05 27 19 43 90

PHARMACIE THILA  
Voie d'Aménagement H 47 N°H  
Hay Laymoun Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 00T551566000078 - IF: 40155060