

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : 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 - Tel : 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° W19-578981

51006

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED  
Date de naissance : 11-12-1943  
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG. 5 APP. 410  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : maladies chroniques  
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) :





### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE MY. YOUSSEF</b><br>109, Boulevard MY. YOUSSEF<br>30000 Nîmes - T. 04 67 22 27 25 | 26/11/20 | 2103,90               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|----------------------------|---|------------------|-------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|
|                            |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |             |   | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  |
|                            | H   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | 25533412  | 21433552         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | D   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | 35533411  | 11433553         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | B   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | G   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |
|                            |   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MY YOUSSEF  
SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
139 BD MOULAY YOUSSEF  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

MR AOUAD M'HAMED

I.C.E. :

N° ICE 001597613000058

Le : 26/11/2020

FACTURE N°: 7161/20

| Qté | Désignation              | Prix    | Montant |
|-----|--------------------------|---------|---------|
| 1   | VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS | 1193.00 | 1193.00 |
| 1   | JARDIANCE 25 MG          | 550.00  | 550.00  |
| 2   | GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30 | 28.00   | 56.00   |
| 1   | TENSEMIDE 5 MG BT 30 CPS | 39.30   | 39.30   |
| 1   | VEPRAN 300 MG BT 28 CPS  | 150.00  | 150.00  |
| 1   | DETENSIEL 10MG COMPS/30  | 72.00   | 72.00   |
| 2   | ASPEGIC 100 SACHETS      | 21.80   | 43.60   |

TVA 7%: 12.67

Total : 2 103,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV : 550 DH 00

PHARMACIE My. YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My. Youssef  
CASABLANCA - Tel : 05 22 22 27 25

*[Signature]*

DETENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

28,00

28,00

LOT: 12220001  
PER: 03/2023  
PPV: 39,30 DH  
Tenir hors la portée et

LOT : 20E009  
PER: 05 2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

119,00

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3ml  
6 118001 121403

-- LAPROPHAN --  
PPV : 1193DH00

8-9695-73-280-2