

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

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

AUPRAS 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.

JPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-599614

54760

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Ai

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARTA Fatima Sp. HOUTI

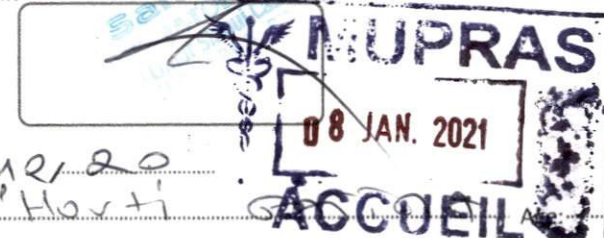
Date de naissance : 1933

Adresse : 16 Rue de Tanger (49) Cas

Tél. : 6660336080 Total des frais engagés : 300 + 744,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/20

Nom et prénom du malade : Houti

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cas

Le : 19 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE LATIF Bouazza, Commune de Bouazza Algérie Tél: 0522.96.15.98</p>	19/12/20	744.80 DHS

[illegible][illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



☐ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole

de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatologue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrale

Radiologie Osseuse



**الدكتور سعيد الرامي**  
**اختصاصي**

خريج كلية الطب بكليرمون فيران فرنسا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالمدرسة العليا

للترويض الطبي

أمراض الروماتيزم

العظام المفاصل العضلات

العمود الفقري والرجل

بالاشعة

Casablanca, le 19/12/20

ARTINOV  
P.P.C : 149 DH  
UI av: 10/23 Lot: ART4  
BIOPERT

Lot: 19L275  
Per: 09/2023  
PPV: 136DH50

N° HOUTI CASIAA

1490

- ARTINOV : 1 sup mat et m 3 min

13650

- Alyse 25 : 2 gel au coucher 3 min

5050 x03

- Deflazante 6mg : 1/2 3 min

1450 x2

- parandol : 1 sup mat et m 20 f

8740

4390

- Alcuria 15mg : 1/2 20 f / min 3 min

14450

- 8000 20 : 1 gel 1/2 3 min

LOT : 0086  
PER : AUT 2022  
PPV : 14 DH 50

LOT : 0086  
PER : AUT 2022  
PPV : 14 DH 50

Lot: PJ10721  
Per: 09/2023  
PPV: 51DH50

Lot: PJ1072A  
Per: 09/2023  
PPV: 51DH50

Lot: PJ10721  
Per: 09/2023  
PPV: 51DH50

LOT 1071585  
EXP 10/2022  
PPV 43.90DH

LOT 1071585  
EXP 10/2022  
PPV 87.40DH

PHARMACIE  
Rte d'Azemmour, Commune Dar  
G.H, Massakinour, Equipement  
CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.94

GSM : 0661 42 78 23

39, Rue Omar Slaoui 2ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr