

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - Tél. : 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° W19-545253

55369

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03522

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENOUNA KHALID

Date de naissance :

08/03/1972

Adresse :

17 Rue L'Arli Doghni Francville 2  
CASABLANCA

Tél. :

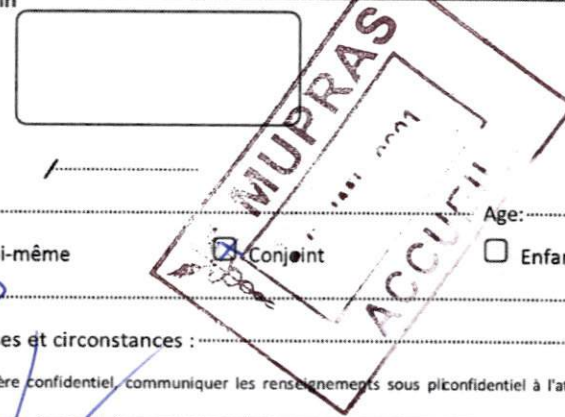
0661424461

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MLD

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 :

08/03/2012

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMALOUSSI 28 Rue Dom Perignon 6 (Ex 40), Oudom Perignon France VITON - Casablanca Tel: 05 22 93 06 93	14/01/2021	652.902

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	

PPV 149DH 20  
PER 06/23  
LOT J1717

PPV 149DH 20  
PER 06/23  
LOT J1717

PPV 149DH 20  
PER 05/23  
LOT J1292

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	
		[Création, remont, adjonction] 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



☒ valable 3 mois

Le 19 / 12 / 2019

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné :

Dr. El Fadlali Rachid  
Cardiologue Interventionnel  
CHU Ibn Rochd

Certifie que Mlle, Mme, M. :

El Fadlali Rachid

Présente

HSA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

Tevorélic 50 / 12,5 mg, Prezon

(à défaut noter le traitement prescrit)



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue



مستشفى بدون تدخين  
المدخن يقتل

Casablanca, le : 19/12/19

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Attestation de l'absence  
clinique  
de syphilis certifiée par  
madame El Fakhri Boule  
et suivie par une médecine  
clinique (HTA) nécessitant  
un traitement à vie

Dr. El Fakhri Boule  
Médecin Généraliste  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
CHU Ibn Rochd

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

et quatre vingt dix centimes

lante

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA  
126 124 10 - Casablanca  
France  
Tel.: 05 22 94 06 93



**Facture N° 20210114-302**Date de vente : 14/01/2021  
Médecin traitant :**Mme EL FACHTALI RACHIDA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TENORETIC CO 50MG/12.5MG B30 COMP SECA	3	68,10	Exonéré (0.00%)	204,30
PREZAR CO 100MG B28 COMP	3	149,20	Exonéré (0.00%)	447,60

Total HT	651,90 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>651,90 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : six cent cinquante et un DHS  
et quatre-vingt-dix centimes**

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA  
126 (Ex 40), Rue Dom Perignon  
France Ville II - Casablanca  
Tél: 05 22 98 06 93