

## 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Étage 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° W21-729281

132722

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : ALAL  
 Date de naissance : 19/03/32  
 Adresse : N° 17, Rue EL LIL HAD ARRAHA  
 Tél. : 135470 Total des frais engagés : 135470

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : M. Mohammed CHAM...  
 Date de consultation : 10/10/22  
 Nom et prénom du malade : Abanhe  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : MTA  
 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 : Casa Le : 01/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
1/10/12	Sees	300 Dh		INP : 81090031

INP : 81090031

DR MOHAMMED CHAM  
CABINET D'OPTIQUE (B.L. 8)  
N° 12, place Chérif El Khatib  
Casablanca - 20150  
Tél. : 06 61 60 54 68

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE AHMED ALI  
SARLAD  
DR AHMED JUAIDI  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

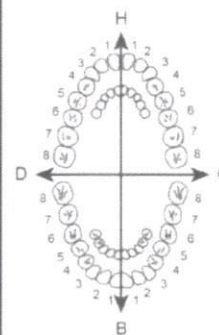
H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



ECG

DR CHAMI

NOM:aziz mbarka

ID :

Sexe :

Age :

Date :1-10-2022

25.0mm/s 5.0mm/mv

62  
957

61  
969

60  
997

62  
962

62  
967

62  
963

61  
970

62  
962

60  
989

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



M<sup>re</sup> - Aziz Abank

(114,30 x 4)

1) Aspirin 80/12,5

1 1/2 - 1 ac

(43,10 x 3)

2) Anglor 5 1 1/2 - 1 ac

(87,50 x 4)

3) Nebilet 5 1 1/2

ltt 3 min

118,50

4) Ixor 20

1 1/2

PHARMACIE AHMED AT  
SARL AU  
Dr. AHMED JOUAIDI  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tel./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

PPV: 43DH00

PRD: 06/24

PPV: 43DH00

PER: 06/24

PPV: 43DH00

PER: 06/24

LOT: L2138

5 min

PPV:114DH30  
PER:12/24  
LOT:K3476

PPV:114DH30  
PER:12/24  
LOT:K3476

PPV:114DH30  
PER:07/25  
LOT:L2452

PPV:114DH30  
PER:07/25  
LOT:L2452

\* VIGNETTE

V140977/01  
**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01  
**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01  
**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01  
**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50