

# 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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061788

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH  
Date de naissance : 1945  
Adresse : Residence EL Khayama 6, Imm 11 App 15  
CASABLANCA, Maroc  
Tél. : 06 76 39 20 11 Total des frais engagés : 1698,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 12/10/2022  
Nom et prénom du malade : AIT Bassou Salah Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. de consanguinité  
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 : 03/10/2022

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
19/09/22	CHAKIB ABDELLAHIM	1	4000	

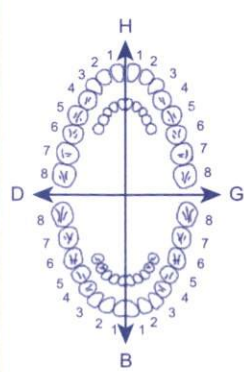
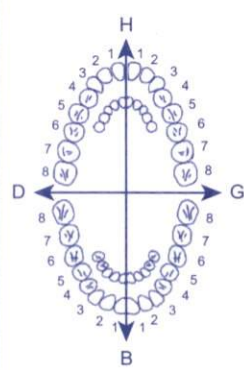
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.09.22	1398,3

[illegible][illegible]

**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	
					Coefficient des Travaux <input type="text"/>
					Montants des Soins <input type="text"/>
					Debut d'Execution <input type="text"/>
					Fin d'Execution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				Montants des Soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'Execution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. Abderrahim CHAKIB**

Professeur d'Ophthalmologie  
Ophtalmo - diabétologie  
Maladies de la Rétine et Cataracte  
Chirurgie des yeux

**الأستاذ عبد الرحيم شكيب**

أستاذ في أمراض وجراحة العيون  
داء العينين بالسكري وداء جلافة  
أمراض الشبكية وجراحة العيون

**ORDONNANCE** 15 septembre 2022

**Mr AIT BASSOU Salah**

**1/ AZARGA: COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil droit,

**2/ ALLERGOCOMOD**

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mo

**3/ TANAKAN CP**

1 cp x 3/j, pendant 3 Mois

6 118001 071654  
AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NR  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271

6 118001 071654  
AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NR  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271

6 118001 071654  
AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NR  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271

1398,30

MACIE FLORIDA  
21AD Mounia  
Bouf - Casa 28  
2232 1959

Professeur - Ophthalmologist  
Dr. CHAKIB Abderrahim  
CLINIQUE AL MADINA

**STERIPHARMA**

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant : / Lot n°

12/2024

303208

**STERIPHARMA**

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant : / Lot n°

12/2024

303208

**Steripharma**

PPV: 57,90 dh

A utiliser avant : / Lot n°

07/2024

302098

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30