

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-763332

134373

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DRIOUCHE Yed EL Mehdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 91,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.22

Nom et prénom du malade : DRIOUCHE NOUR Age : 07ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : autres

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 : 20/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



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
20-03-2025	2265	G	G	INP: 090004674
				Dr. EL BOUHLI RAJAA
				Médecin Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE BOUSKOURA Boulevard Ben Amar Lamsalho Bouskoura Nouaceur-Casablanca Tel : 05 22 59 23 15</p>	20/09/22	<p>91,20</p> <p>INPE 5103860</p>

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

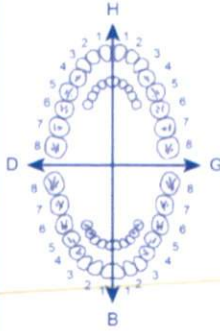
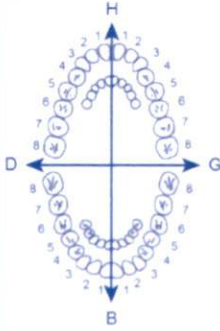
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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"/>
				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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            11433553         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المملكة المغربية  
وزارة الصحة



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

# ORDONNANCE

Docteur : EL

Michigan Noun

4590 x 2

1) Zettel (Strip)

$1\frac{1}{2}$  flacons puis  $\frac{1}{2}$  flacon le  
samedi soir. 1<sup>er</sup> et 1<sup>er</sup> mor

1009180

2) Dolipisiatungue (Suiop)

1. Love an parish He to Thomas.

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Ouled Ben Amar Lamsalha Bouskoura  
Nouaceur -Casablanca  
Tel : 05 22 59 23 15

Dr. EL BOUHI RAJAA  
M. Sc. in Education  
091 222 222 222

Rue Lahcen El Arjoune - Casablanca - Tél. : 05 22 48 30 30 / 31 / 32 / 33 - Fax : 05 22 27 94 07

**NI**  
**0,4**  
**susp**  
**Albe**

Lire la  
utilisé  
Tenir à  
la port  
Agiter &  
A conserver à une  
température ne dépassant  
pas 30°C et à l'abri de la  
lumière.

**GlaxoSmithKline Maroc**  
**Aïn El Aouda**  
**Région de Rabat**  
**PPV: 45,90 DH**  
**ID: 646819**  
**6 118001 141357**

**NI**  
**0,4**  
**susp**  
**Albe**

Lire  
utilis  
Tenir  
la po  
Agiter  
A conserver à une  
température ne dépassant  
pas 30°C et à l'abri de la  
lumière.

**GlaxoSmithKline Maroc**  
**Aïn El Aouda**  
**Région de Rabat**  
**PPV: 45,90 DH**  
**ID: 646819**  
**6 118001 141357**