

## 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

- Réclamation : 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° W21-763316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : DRIOUCHE Ned EL Nehdi  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 471,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07.08.22  
 Nom et prénom du malade : DRIOUCHE Ned  
 Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Colopathie + Allergie  
 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 : 07/08/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

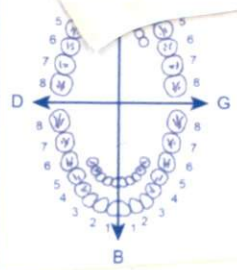
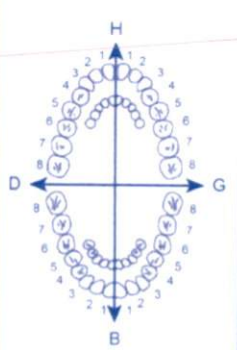


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes               |
| 01-08-22                       | G                 | G                     | G                               | INP: 098006474<br>Dr. EL BOUHI RAHMA<br>Médecin Généraliste<br>CHU de Sousse |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE CENTRE HOSPITALO<br>UNIVERSITAIRE BOUSKOURA<br>ICE: 001848396000002 | 01/08/22 | 471,50                |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|---|------------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.             |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| Important : joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                                       | INP : <input type="text"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   |    |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table> |                  |   | H   | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H   | G                |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552         |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D   | G                |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553         |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                  |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession  |                  |   | 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 |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 08.06.22

# ORDONNANCE

Docteur : DR. EL BOUHI RAJAA

Dr. El Bouhi Rajaa

21,50 x 3

1) Oscillocochin (3 boîtes)

6860 + 2  
3980 x 4

tt 1 mis

2) Héparate (5 boîtes)

tt 1 mis

29,20

3) Cutacnyl (1 flacon)

T: 471,50

PHARMACIE CENTRE HOSPITALAIRE  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
N° 105 22 59 23 15  
Casablanca

DR. EL BOUHI RAJAA  
Spécialiste en  
Généraliste

CUTACNYL 2,5 %  
Gel pour application locale tube de 40 g  
AMM N°58 DMP/21/NCI  
PPV: 29 20 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 071234

BOTTU SA  
PPV : 71DH50

osci  
6 doses

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

osci  
6 doses

BOTTU SA  
PPV : 71DH50

osci  
6 doses

هيپانات

قرص 40

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

58,60 DH

07/2023  
W202F

Via  
Import

هيپانات

قرص 20

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

39,80 DH

Lot: W3231  
Per: 11-2023

هيپانات

قرص 20

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

39,80 DH

Lot: X043J  
Per: 02-2024

هيپانات

قرص 20

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

39,80 DH

Lot: X042A  
Per: 02-2024

هيپانات

قرص 20

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

39,80 DH

Lot: W3231  
Per: 11-2023