

## 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

- 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° W21-769716

136749

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1939

Adresse : N° 56 Rue 28 K ellipse HAY ARRABHA

casca :

Tél. : Total des frais engagés : 2123,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : Aziz Allal

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 01/11/2022

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
1/11/92	CS + ECG	1	1333	INP : 09 11 40037

INP: 0914007A

Dr. M. CARDIOL  
Nº 17, place Char  
Casa - Tel  
Gsm: 05 22 48 94 01

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Pouvoir Public	Date	Montant de la Facture
	01/11/22	1723,10

Cachet du RASME ou du RASME

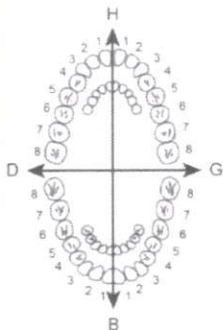
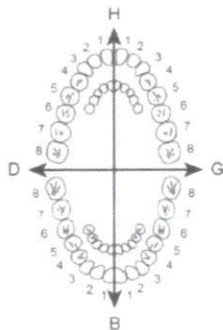
[illegible][illegible]

# 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            11433553         </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



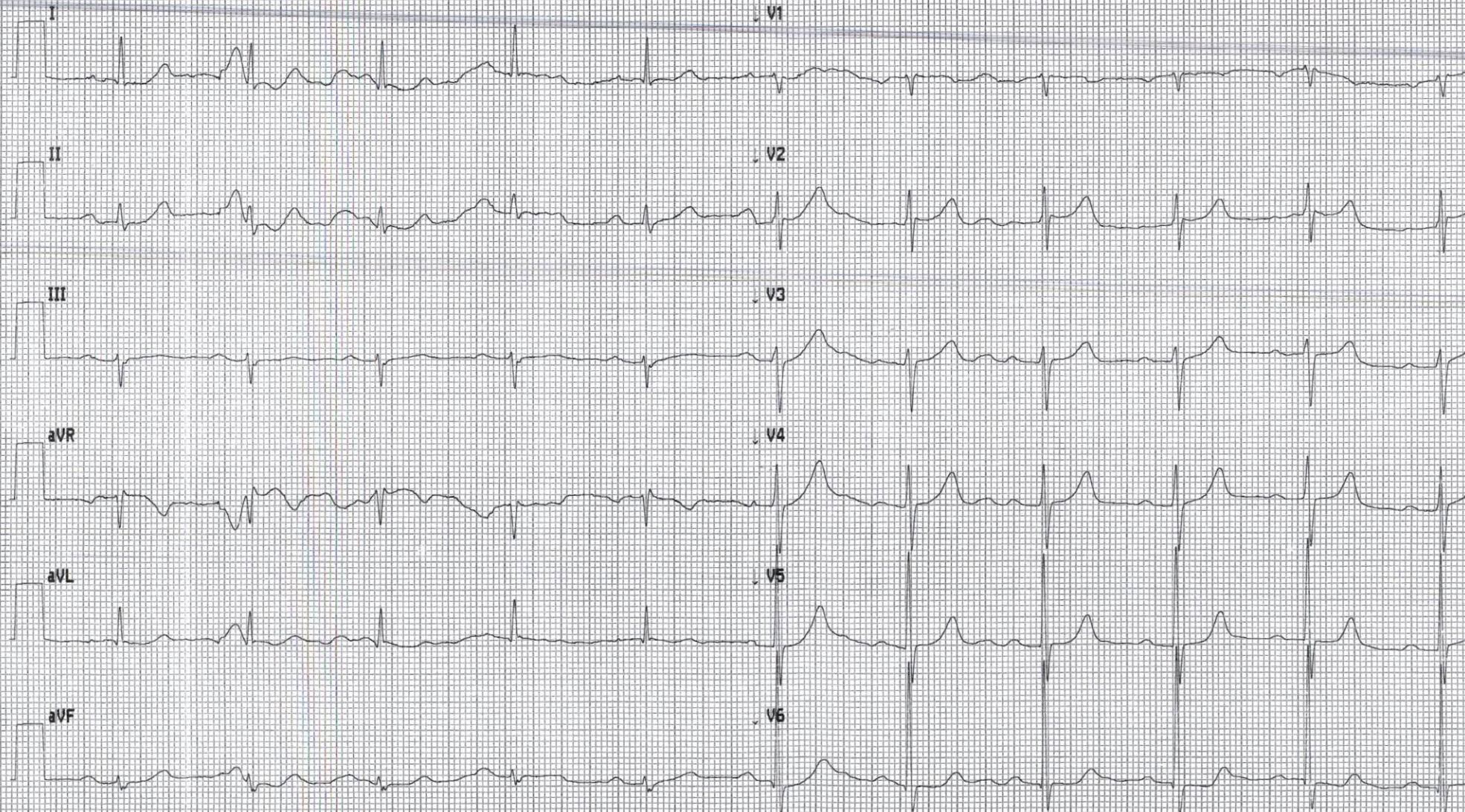
NOM: Allal  
PRENOM: Aziz  
ID:  
DDN:  
Age: ans  
Sex:

1-Nov-2022 16:38:20

Fréq. Card.: 64 BPM  
Int PR: 240 ms  
Dur. QRS: 96 ms  
QT/QTc: 432/441 ms  
Axes P-R-T: 56 -7 74

SA: 148/69  
SPO<sub>2</sub>: 97.1

Dr. Mohamed  
CARDIOLOGUE (U.L.B.)  
N°17, Place Charles Nicolle  
Case - Tél: 06 61 48 08 06  
Gsm: 05 22 48 44 01







# CLINIQUE

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

1- Allal Aziz  
(240,00 x 3)

1) Copland  
(34,60 x 4)

2) Lantax  
(84,00 x 3)

3) Nebilet  
(140,00 x 4)

4) Civasline  
(84,60 x 2)

5) Pheran 50  
(31,30 x 2) 1/2

6) lysapric<sup>du</sup> Zyluc 900 1 1/2

1-23<sup>10</sup> 3 m.



PPV: 84DH80  
PER: 06/25  
LOT: L2316

Card C  
Fax:  
quebe  
scal: 4

70,00  
PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

PPV: 84DH80  
PER: 06/25  
LOT: L2316

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 113001 082018

LOT : 22E006  
PER.:04 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E004  
PER.:01 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E006  
PER.:04 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E004  
PER.:01 2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

V140977/01