

# 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

M22- 0010688

pa  
coursi

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : R A M 145826

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN DAOUD EL BEKRAI

Date de naissance : 21/07/58

Adresse : Rue 562 N° 1 Tananarive

Tél. : 666 121880

Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/2019

Nom et prénom du malade : Bekkai Ben DAOUD Age: 61

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

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
17/11/22	cc	1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJ Dr. M. AL CHAHY N° 335 MANDOURA TNEZGANE - Tél: 05 28 33 42 42 072052269	17/11/22	859,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

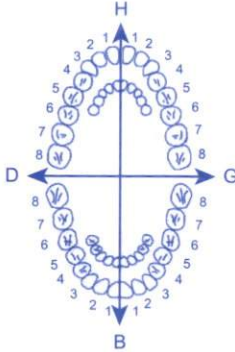
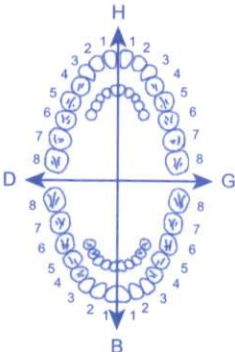
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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															
				CEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

# Dr Fatima Azzahrae BENAICH

Cardiologue - Rythmologue adulte & pédiatrique

- Electrocardiogramme
- Echocardiographie
- Transthoracique & Transoesophagienne
- Holter Tensionnel & Rythmique
- Epreuve d'effort



## د. فاطمة الزهراء بنعيش

طبيبة اختصاصية في الشرايين ونهضات القلب للكبار والأطفال

- تخطيط القلب
- الفحص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين
- تسجيل الضغط الدموي وتخطيط القلب
- تخطيط الجهد

إنزكان، في : 20/11/2022

Mr BEKKAÏ BENDAOUD

37,80 x 6

- LD NOR 1mg

1pl J Pe Mahm

1-0-0

32,00 x 2

- Coorsy P 5mg

1/2 pl J Pe Mahm 1/2 - 0 - 0

37,00

+ biproF 2,5 mg

1/2 pl J 0 - 1/2 - 0

22,40

- ASKardil 75mg

1pl J

0 - 1 - 0

37,70 x 2

- Vascos 35mg

1pl x 2 J

1-0-1

46,70 x 2

- Zylone 40mg 1pl J

259,00

RTO 6 mois

Fatima Azzahrae BENAICH  
CARDIOLOGUE  
Rythmologue Interventionnelle  
Agadir - Tél: 0636 10 89 1



**ZYLORIC 100 mg**  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO  
6 118000 022268

LOT 221171  
EXP 04 2026  
PPV 46.70 DH

Pharmacie TAJ  
Dr. Squad TAJ  
Av. Miy Ali Cherif N° 325  
Maddoura INEZGANE  
Tél.: 05 28 33 42 42

**ZYLORIC 100 mg**  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO  
6 118000 022268

LOT 221170  
EXP 04 2026  
PPV 46.70 DH

**COVERSYL®**  
Périndopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables  
5 mg  
6 118000 100294

**COVERSYL®**  
Périndopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables  
5 mg  
6 118000 100294

92,00

92,00

**ASKARDIL® 75 mg 30** comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 01/2024  
LOT 18005 5

**BIPROL® 2,5 mg**  
30 comprimés pelliculés  
sécables  
6 118000 121299

**VASCOR LM 35mg**  
60 comprimés pelliculés  
6 118000 081890

**VASCOR LM 35mg**  
60 comprimés pelliculés  
6 118000 081890

**ASKARDIL® 75 mg**  
30 comprimés dispersibles  
6 118000 033189

37,00

103,00

87,70

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

**LD-NOR 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082217

LOT : 220580  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 220579  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 211107  
EXP : 06/2024  
PPV : 57,80DH

LOT : 210734  
EXP : 04/2024  
PPV : 57,80DH

LOT : 200994  
UT AV : 06/2023  
PPV : 57,80DH

LOT : 211299  
EXP : 09/2024  
PPV : 57,80DH

:.N LOT

:.N LOT

:.N LOT