

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0030438

145793

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5201 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SBIT FATIMA

Date de naissance :

Adresse : HABIT

Tél. : 0651385347 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade : SBIT FATIMA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : DEROUA Le : 18/01/2023

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

10/01/2023	e		150,00	
16/01/2023	e		150,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    Date    Montant de la Facture

	10/01/2023	76,00
16/01/2023	362,10	

INPE: 062107792

## 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

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

				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

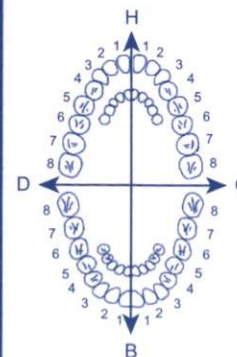
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# الدكتور يونس ريام

طبيب سابق بمستشفيات مستشفى ابن مسيك

أخصائي حمية وداء السكري

متابعة الحمل الفحص بالصدى

متابعة ضغط الدم تخطيط القلب

متابعة الحساسية عند الأطفال

العلاج بالحجامة

Gpp: 472



La date : 10/01/2023

*Handwritten signature*

ALVIAR

27,00

*Handwritten signature*

49,00

*Handwritten signature*

76,00 DH



ALVIAR® 50 mg  
20 Gélules



6 118000 230250

BELMAZOL® 20 mg

14 gélules



6 118000 070122

طابق الأول (فوق صيدلية بن عباس)

07 01 2

49,00

ن ال

# ORDONNANCE



Le : 16/01/2023

Nom : .....

Age : .....

SBETT. RSM

21,00x6



Handwritten Arabic script: *د. سبت*

32

78.70x3



Handwritten Arabic script: *د. سبت*

صيدلية الأبريقين  
PHARMACIE AL ABAWAIN  
Lot. Al Wala - Deroua  
Tél: 05 22 51 40 49

Cachet

Handwritten Arabic script: *د. سبت*

Date de prochaine visite: .....

362.10



PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés  
  
6 118000 041283

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

  
6 118000 041283

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

  
6 118000 041283

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

  
6 118000 041283

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

  
6 118000 041283

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

PPV 21DH00  
PER 11/25  
LOT L3814

78,70

242600060-02

صيدلية الأبوين  
PHARMACIE AL ABAWAIN  
800 H Lot. Al Wadi - Deroua  
Tél. 05 22 14 40 49

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés

  
6 118001 130153

**Diaformine® 1000 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

  
6 118000 041283

78,70

242600060-02

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés

  
6 118001 130153

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés

  
6 118001 130153

242600060-02