

# 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

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 046029  
MUPRAS RECEPTIONS  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JEMEL BOUCHAIB  
Date de naissance : 01/01/1940  
Adresse : Bloc N° 2  
DEROUK  
Tél. : 0661232188 Total des frais engagés : 1174,1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/3/2023  
Nom et prénom du malade : Jemel Bouchaib Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Rhumatologique  
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 : 20/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

*Jemel Bouchaib*



# 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
15/3/23			4000H	Prof. R. J. MATSSE Angle Bd. Abdelmoumen ex Bd. 4 <sup>ème</sup> Etage N° 405 - Casablanca Tél: 0522 86 21 93 - Fax: 0522 86 21 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

15.03.23

774.10

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

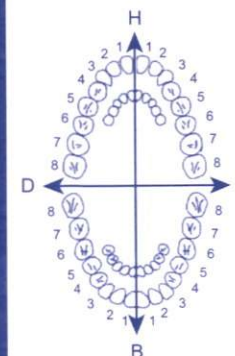
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

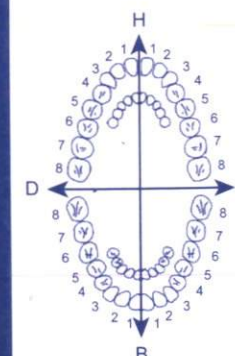
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENYAHYA Elouarda

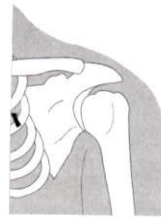
Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحجي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 15 MARS 2023 : الدار البيضاء في :

Nom, Prénom :

Jemel Boucharif

39.50x1

Nolyk 150



1 gel / semaine

x 6 semaines

226.00x2

Esac home



PHARMACIE CENTRALE  
D. SAO BENJELLOU  
Rm. 54, BOULEVARD N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

22.80x4

Cotnamyl Steel



04 cpl / 15 aprs pr 15 jours  
x 1 semaine

lin 23 cpl / x 1 semaine

lin 2 cpl / x 1 semaine

lin 1 cpl / 20 x 3 Mo



40) 28.80x2

intereur fort



1cp 3x15x

Essenauj

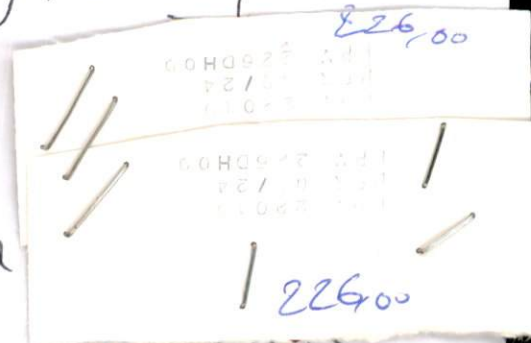
1cp 2x15x 1Mo

226,00

50) 99.00 M2gaene



1cp/5 au



17.40x2

60)

Dermoval



1app/jour x 1Mo

774.10

LOT : 22E005  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
PER : 05 2025



LOT : 22E005  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
PER : 05 2025



LOT : 22E005  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
PER : 05 2025



LOT : 22E005  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
PER : 05 2025



RH...  
Angle Bd. Abdelmou...  
Etag N° 405 - Cas...  
26 21 93 - Fax: 05...



PPV  
LOT  
PER

PPV  
LOT  
PER

28,80

28,80

