

# 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

M22- 0039117

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société : 158749  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HANLANI MAURTA  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : G.S.M. 0664 132430  
 Tél. :  
 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZIZ CHAFIQ  
Neurochirurgien  
Hôpital El Meskini - Casablanca  
Tél. : 0522 54 02 60

Date de consultation : 15.04.2023  
 Nom et prénom du malade : M. FADIA Fatime Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Neurologie  
 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
15/04/23		1	359,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ADDIAK  
16-18 Rue Al Jadida  
InChok Casablanca 022-50.75.19

15/04/23

286,30

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

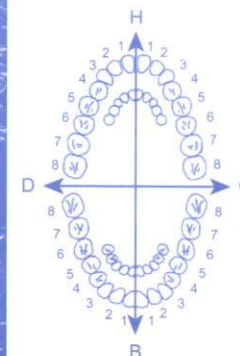
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

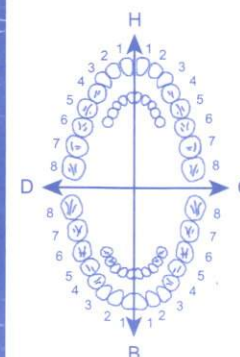
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

M 14 89

Casablanca, le 15/04/2023

Dr. 07/

FADIL  
Fetiane

34,00 11

Myproflex 100  
1x3

PHARMACIE ADDIAH  
16-18 Rue 3 Adhar Al Jadida  
UnCheck-Casa-022-54 75.19

82,00 21

ZOX

1/2 le mot-

23,00 31

1KOP

2 le mot-

38,00 41

Duloxin

1/2 x 2  
n' d'ant

Dr. 07/

286,00

Dr. AZIZ CHAFIO  
Neurochirurgien  
51 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 0522 54 02 60  
PHARMACIE ADDIAH  
16-18 Rue 3 Adhar Al Jadida  
UnCheck-Casa-022-54 75.19

URGENCES 24/24 مستعجلات

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4018  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00



MYDOFLEX® 150 mg  
30 Comprimés pelliculés  
Tolédano HCl

DULASTAN®

500 mg / 2 mg

دولاستان

Boîte de 20 comprimés

82,00

عقار 20 قرصا

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

LOT 21001  
PER 03/24  
PPV 820H00

82,00

ISOX® 200 mg

Célécoxib

10 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242437

IXOR® 20 mg  
14 comprimés effervescent  
6 118000 032793  
الأردنية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMAC

PPV 73DH80  
EXP 09/2024  
LOT 26036 2