

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-797211

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AFS- Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AFIB Faleu  
 Date de naissance : 160788  
 Adresse : Hachille  
 Tél. : 06.61.32.23.01 Total des frais engagés : 103,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Abdella - 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](http://www.mupras.com)

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Kenza  
D. BENJELLOUN Rajae  
17, Rue Larache C.H.  
Tél: 05 22 39 48 12 - Casablanca

2-5-2023

103.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

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 :

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

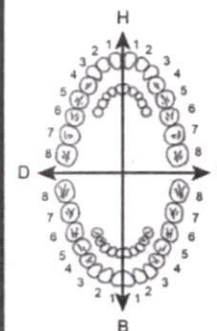
# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



C EFFICIENT  
D S TRAVAUX

MONTANTS  
D S SOINS

D BUT  
D EXECUTION

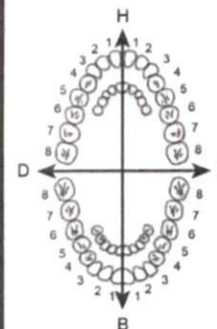
FIN  
D EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533-12 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533-11 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



C EFFICIENT  
D S TRAVAUX

MONTANTS  
D S SOINS

DATE DU  
D VIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# FACTURE

№ 73

LE 2.5.2023

M<sup>re</sup> AZIB Fathma M<sup>ty</sup> 1750

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
1	Amaxel 1g / 24cp		103.6

35252  
 Pharmacie Zenza  
 Dr. BENJELLOUN  
 17, Rue Larache C.H.U.  
 TEL: 05-22 39 48 12 - Casablanca

**noxil**  
amoxicilline

**1g** comprimés dispersibles

**Indication:**

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ... 1g  
Prendre q.s.p. .... 1 comprimé  
contient de l'aspartam.  
L'étui contient 24 comprimés dosés à  
1g, soit 24g d'amoxicilline.

أموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Avant toute utilisation, lire attentivement la  
notice intérieure.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**  
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



A avaler avec un verre d'eau  
يبلع مع كأس من الماء

**ou**



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 103,60 DH

LOT: 650314

PER: 08/24