

# 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**

**M22- 0005928**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1156 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHERROUK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse : .....

Tél. : 0661315400 Total des frais engagés : 161346 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 : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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 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](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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie YASSER<br>Aicha ISSER<br>Pharmacie<br>10 Rue Sidi Larouf 6<br>Tunis - 101 02217 | 18/01/23 | 1632,40               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

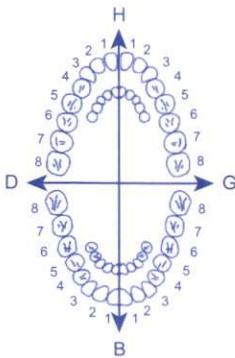
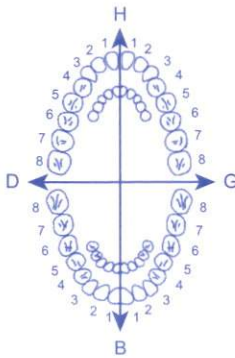
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué 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                              |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|---|---|------------------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|
|    |   |                  |  | CCEFFICIENT 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   |                  |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |  |  | H                                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|   | H   | 25533412         | 21433552                                 |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | D   | 00000000         | 00000000                                 |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | G   | 00000000         | 00000000                                 |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | B   | 35533411         | 11433553                                 |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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



**\*\* PHARMACIE YASSER \*\***  
**DR ISSER AICHA**

**Pharmacie YASSER**

Aïcha ISSER  
Docteur en Pharmacie  
N° 14, Rue 4 Sidi Maârouf 6  
Casablanca - Tél: 0522 83 01 39

ICE : 000457080000053

Tél :

18/04/2023

Mr CHERROUK MUSTAPHA

**FACTURE N° : 5073**

**du 18/04/2023**

| Qté | Désignation                 | Prix PPV | Montant  | TVA |
|-----|-----------------------------|----------|----------|-----|
| 4   | PREZAR 100 MG BT/28 CPS     | 138,10   | 552,40   | 7%  |
| 4   | COPLAVIX 75/100 MG B.30 CPS | 270,00   | 1 080,00 | 0%  |

|                  |          |
|------------------|----------|
| Total TTC        | 1 632,40 |
| Droits de Timbre | 0,00     |
| Net à Payer      | 1 632,40 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
**MILLE SIX CENT TRENTE DEUX DIRHAMS ET QUARANTE CTS**

|        | TAUX | HT       | TVA   | TTC      |
|--------|------|----------|-------|----------|
| 7.00%  | 7,00 | 516,26   | 36,14 | 552,40   |
| 0%Ar91 | 0,00 | 1 080,00 | 0,00  | 1 080,00 |
|        |      | 1 596,26 | 36,14 | 1 632,40 |

CNSS :  
Compte :

I.C.E : 000457080000053  
Patente :

INPE:092057504  
R.C :

I.F :  
RIB :

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270.00 DH  
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270.00 DH  
3001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270.00 DH  
118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270.00 DH  
118001 082018

PPV: 138DH10  
PER: 03/25  
LOT: L1272

PPV: 138DH10  
PER: 11/25  
LOT: L3804

PPV: 138DH10  
PER: 11/25  
LOT: L3803

PPV: 138DH10  
PER: 03/25  
LOT: L1272