

# 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° M21- 0060558

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : Labadaa Hedi  
 Date de naissance : 1941  
 Adresse : Hay El Alia Rue 3 n° 28 El Oulfa Casa  
 Tél : 0664054165 Total des frais engagés : 1408,60€ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAFIK Fouad  
MEDECIN EXPERT  
Bd Oued Oum Errabi n° 09 N° 4 Oulfa  
Tél: 0522 80 51 65

Date de consultation : 29/05/23  
 Nom et prénom du malade : LABADA Hedi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + HTA + Dyslip  
 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



# 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
29/05/23			10	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSOUNI Selma Docteur en Pharmacie 56, Bd Oued Sbou Oulfa 73, a.ablanca Tel: 05 22 90 50 06	29/05/23	1308,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

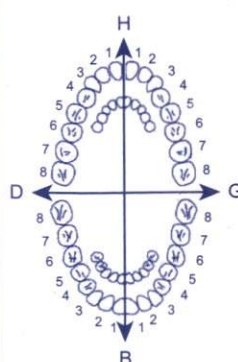
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
			

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	

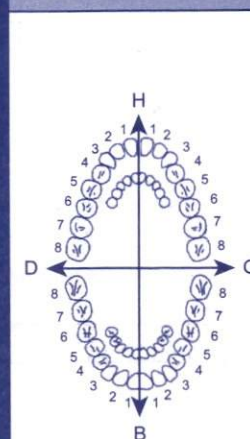
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX  
Diplômé de l'Université de Montpellier 1  
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE  
**ECHOGRAPHIE**

خبير محلف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونبيلي 1  
الفحص بالصدى

PHARMACIE SALAH EDDINE  
Mme HASSOUNI Selma  
Docteur en Pharmacie  
56, Bd Oued Sbou Oulfa  
Casablanca Tel 05 22 90 50 06

Casablanca, le :

29/05/13

~~CASABLANCA~~ 13/05/13

- Amarelraf :

81,70 x 3

195

207,00 x 3

- Triate 10 :

49,40 x 3

195

27,70 x 3

- Amep 5 af

101,00 x 3

195

- Cardistop 4

1308,60

- Welaxer 487r

11118318

195

Dr. CHAFIK Fouad  
Bd Oued Oum Errah  
Tél: 0522 90 51 65

Traitements de 3 mois



LOT : 21E001  
PER : 10/2024

AMAREL 1MG  
CP B30

P.P.V : 51DH10



6 118000 060024

→ (x 2 Ged)

207,00

→ (x 3 Ged)

49,40

→ (x 3 Ged)

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

F.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

→ ~~(x 2 Ged)~~ (x 3 Ged)

LOT 1206836

EXP 07/25

PPV 101DH00

ongée

VELAXOR® LP 75 mg  
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250677

→ (x 3 Ged)