

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° W21-781376

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6886 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BEN SELWAN TOUMI AUGIS

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0661 086153 Total des frais engagés : .....

0661 390659 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 05/02/2023

Nom et prénom du malade : Ben Selwan Anissa Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypo + Psor, Riche

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 : 09/08 Le : 31/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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

# 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
05/07/83	CS		950,80	INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/83	250,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

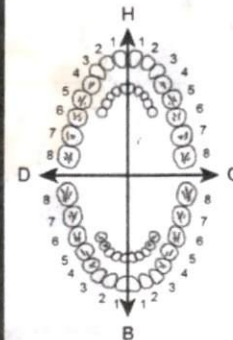
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

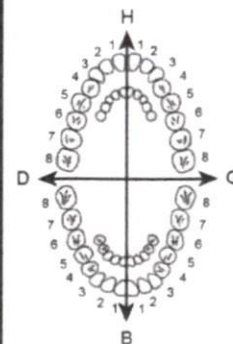
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### 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

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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



- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

ermatologie

sthétique

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طبية اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا  
- طب التجميل

Benjelloun Anissa 05/12/2023

1/ Moelge selenium 91  
1 capsule 1x 6 mois

2/ 15250 Valex 300 91  
1 capsule 2x 25

3/ 32500 Diprosone 91  
1 capsule 1x 1 semaine  
sur les zones de piqûres  
1 capsule 1/2 6 semaines  
280 1 capsule 1/3 10 semaines

# VALLEX®

Valaciclovir

## 500 mg

Voie orale



14

Comprimés enrobés

152,50



Tube de 30 g

DIPROSONE® 0,05 %  
crème

أنبوب 30 غ



DIPROSONE 0,05 %  
crème ○

ديبروزون® 0,05 % كريم

بيتاميتازون  
للدهن فقط

LOT : 153  
PER : SEP 2025  
PPV : 32 DH 50



DIPROSONE 0,05 %  
crème ○

ديبروزون® 0,05 % كريم  
بيتاميتازون  
للدهن فقط

LOT : 153  
PER : SEP 2025  
PPV : 32 DH 50



# DIPROSONE® 0,05 % crème

Lire la notice avant utilisation.  
Ne pas appliquer dans les yeux.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
NE PAS AVALER

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

L.: 94

Tube de 30 g

أنبوب 30 غ

DIPROSONE® 0,05 %

crème

DIPROSONE 0,05 %  
crème ○



6 118000 050216

ديبروزون® 0,05 % كريم

بيتاميتازون  
للدهن فقط

LOT : 153  
PER : SEP 2025  
PPV : 32 DH 50



ديبروزون® 0,05 %

أنبوب 30 غ