

# 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

M23-001631

174388

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : RTR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARRI Bouqas

Date de naissance : 17/11/74

Adresse : La B. de V. S/S. 169

Tél. : 0628960529 Total des frais engagés : 3256,24 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CAHARRI Bouqas 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 : 05/09/23

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie  
du Fournisseur



Date

Montant de la Facture

28/08/2023

3256,00 DH

# 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 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"/>

  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B	B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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 DU COIN - Casablanca

Dr. Miftah

05 22 58 31 25

BD ZOULIKHA NASRI NR °10 SIDI MAAROUF CASABLANCA, CASABLANCA



Facture N° FAC-32837

Date : 05/09/2023

HRAR BOUCHAIB

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CORDARONE CO 200MG B40 COMP	1	89,70	1	89,70
UPERIO CO 50MG B28 COMP PELLI	3	405,00	1	1 215,00
CARDENSIEL CO 5MG B30 COMP	3	58,10	1	174,30
REXABAN CO 20MG B56 COMP	2	649,00	1	1 298,00
JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	1	479,00	1	479,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	3 256,00 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	3 256,00 DHS
				<b>Total</b>	<b>3 256,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille deux cent cinquante-six DHS**



IF : 52481067 RC : 544485 ICE : 003081755000088

Tel : 05 22 58 31 25

Adresse : BD ZOULIKHA NASRI NR °10 SIDI MAAROUF CASABLANCA, CASABLANCA



6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOEY S.A.  
PPV : 479 DH 00

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH  
6 118001 031719

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH  
6 118001 031719

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boite de 28.  
PPV : 405 DH  
6 118001 031719

6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

8970  
CORDARONE 200MG  
CP SEC B40  
6 118000 061120

370,00  
Rexaban® 20 mg  
56 comprimés pelliculés  
118000 072690

649,00  
Rexaban® 20 mg  
28 comprimés pelliculés  
6 118000 072683

