

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.

Radologie 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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Hr
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
M23-010781

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARY ABDELKABIR
 Date de naissance : 01/01/25012010
 Adresse : 01/01/25012010
 Tél. : 06 33 533000 Total des frais engagés : 645,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/11/23
 Nom et prénom du malade : Mary Abdelkabin Age : 950
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 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 : 16/11/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0010781**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1373
 Nom de l'adhérent(e) : MARY
 Total des frais engagés : 645,10
 Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/11/23 | CS | | 222,29 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE MORSLI LOT ONA N°20 DEROUA TEL 06 22 51 51 90 Gsm. 06 57 54 20 88 | 20/11/2023 | 645,10 DH |
| INPE:062104716 | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

MILIAIRES MEDICAUX

| Médicament | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | AM | PC | IM | IV | |
| Sulfate ferreux 200 mg équivalent à 66 mg de fer) PPU 25.10 DH LOT T684 PER 06/24 100 comprimés voie orale | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 | |
|---------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 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 00000000 G 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

GAPRE
Pregabalin®

LOT: 222023
EXP: 01/25
PPV: 109DH20

- Surv...
- H T A - Diabète
- Médecine de travail
- CM du permis de conduire



الدموي والسكري

LOT: M0579
PER: 06/2023
PPV: 99,00 DH

مصنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول
Tél: 05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

LOT: GR5911
PER: 12/2025
PPV: 22 70

on MARAV Abdelkader

109,20

1) Gapex 25



98,20

2) Ataymix

LOT 230363
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

193,60

3) Fos...

7038199/00-1
A00119471 DMB721/NRQ
6118001
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

79,70

4) Z...

PPV: 42DH60
PER: 05/25
LOT: L1781

الهاتف: 05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09
تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

42,60

5) Gobic 7.5 J
28 J 17 J



22,70

6) Boyatène 11e



39,00

7) Ines 10 J
19 J 2 J
28 J 2 J



645,10

~~Dr. Djal MOUNIR
Médecin Généraliste
Lot 4 - 11e Etage - Der
05 22 51 51 90
INPE: 061260600~~

PHARMACIE MORSLI
LOT ONA N°20 DEROUA
TEL 06 22 51 51 90
Gsm. 06 67 54 20 88