

## 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.

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-817051

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél.

Total des frais engagés

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

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
15/11/23				INP 111005761 Docteur SAÏD EL HOUSSENI Service des Urgences Hôpital Local Azemmour

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية فاضل PHARMACIE FADEL SID ALI Tél: 05 23 34 79 46		1047,80 NPE = 112106927

# 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	

# 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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 <input type="text"/>
				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





مستشفى بدوون تدخين

# ORDONNANCE

1345 - facistine cp 280 g  
106.80 x 3 - cl cp a 2 fl/j  
- Amoxon 1 g  
40001 - cl ny/j  
- effepres 20 mg  
11101 - 3 cp eff li moti  
- Arungs  
4900 - cl put nasal a 2 fl/j  
- Docirox sirop  
11813 x 2 - cl casa a 3 fl/j  
7380 - cl dor  
x 3 - cl cp effa a 3 fl/j

صيدلية فاضل  
PHARMACIE FADEL  
2047,80  
Tél: 05 23 47 948

Docteur SAÏD EL HOUS.  
Service des Urgences  
Hôpital Local Azemmour

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDINE® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV: 134 DH 50

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
ID: 649664  
6 118001 142262

LOT: S-08-2  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-11-1  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-08-2  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

**IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescent**

PPV 118DH50 EXP 04/2025  
LOT 2N026 4

**IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescent**

PPV 73DH80  
EXP 11/2024  
LOT 20019 1

**IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescent**

PPV 73DH80  
EXP 04/2025  
LOT 35009 4

**IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescent**

PPV 73DH80  
EXP 12/2024  
LOT 20019 5

**IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescent**

PPV 73DH80  
EXP 01/2025  
LOT 2N025 3

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 11/2024  
LOT 10022 15