

# 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.



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-460738

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535 Société : R.A.U.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUJILIL Jilali

Date de naissance : 18/05/1985

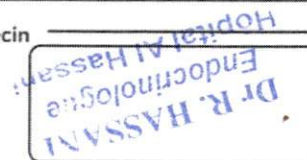
Adresse : Lot 3 Nour R 8 N 8 Hay Hassan 1 Casablanca

C.P. 20230

Tél. : 0661975485 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/11/23

Nom et prénom du malade : Boujilil Jilali Age : 38

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 28/11/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AIN NEZAGH</b> <b>Dr MABCHOUR Raïza</b> Coop Al Ikama n°121 Tél 05 23 72 66 66 82085147	13/12/2023	362,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Pharmacie AIN NEZGH</b> <b>Dr MABCHOUR Rajaa</b> <b>Coop Al Ikama n°121 - SÉTAT</b> <b>Tel 05 23 72 65 63</b> <b>FAKSE 062085147</b>	2023		

[illegible]

**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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

Casablanca, 23/06/26.....

M. Baylil Ouh

18,70 x 3

1) Dermicon 60

18,00 x 4

2) 1/2, 1/2, 1/2



18,70

18,70

18,70

362,10

2) Derpmin 60

4/2

2/2

**Pharmacie AIN NEZAGH**  
**Dr. MABCHOUR Rajaa**  
Coop Al Ramia n°121 - SEJAT  
Tél 05 23 72 66 83  
INPE 062085147

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002

PPV 18DH00  
PER 06/26  
LOT M2002



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

**Quittance**

Reçu de M. *Si elali Ben el*

La somme de *502*

**N° 518453**

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Total		<i>600</i>

Cachet du  
Service

Le

Signature du  
Régisseur