

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058260

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1604 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Radile Sidi Hamid

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. 058436929 Total des frais engagés : 1676,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 05/10/2013

Nom et prénom du malade : Sidi Hamid Radile Age: 74

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

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

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
05/10/13	CS		35029	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHATEAU N° 39, Résidence Chateau Bethoven - Harhoura Tél.: 0537 74 49 75	05/10/13	1326,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

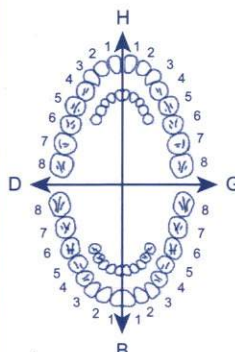
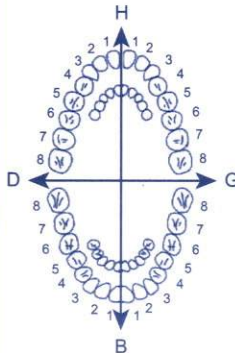
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Temara, le: 05/10/23

2d/20 05/10/23  
1/ Gome

**PHARMACIE CHATEAU**  
N° 39, Résidence Chateau,  
Bethovenne - Harhoura  
Tél.: 0537 74 49 75

1/ Mgoful polisth (10g)  
2/ Mgoful polisth (10g)  
3/ Mgoful polisth (10g)  
4/ Mgoful polisth (10g)  
5/ Mgoful polisth (10g)  
6/ Mgoful polisth (10g)  
7/ Mgoful polisth (10g)  
8/ Mgoful polisth (10g)  
9/ Mgoful polisth (10g)  
10/ Mgoful polisth (10g)  
11/ Mgoful polisth (10g)  
12/ Mgoful polisth (10g)  
13/ Mgoful polisth (10g)  
14/ Mgoful polisth (10g)  
15/ Mgoful polisth (10g)  
16/ Mgoful polisth (10g)  
17/ Mgoful polisth (10g)  
18/ Mgoful polisth (10g)  
19/ Mgoful polisth (10g)  
20/ Mgoful polisth (10g)  
21/ Mgoful polisth (10g)  
22/ Mgoful polisth (10g)  
23/ Mgoful polisth (10g)  
24/ Mgoful polisth (10g)  
25/ Mgoful polisth (10g)  
26/ Mgoful polisth (10g)  
27/ Mgoful polisth (10g)  
28/ Mgoful polisth (10g)  
29/ Mgoful polisth (10g)  
30/ Mgoful polisth (10g)  
31/ Mgoful polisth (10g)  
32/ Mgoful polisth (10g)  
33/ Mgoful polisth (10g)  
34/ Mgoful polisth (10g)  
35/ Mgoful polisth (10g)  
36/ Mgoful polisth (10g)  
37/ Mgoful polisth (10g)  
38/ Mgoful polisth (10g)  
39/ Mgoful polisth (10g)  
40/ Mgoful polisth (10g)  
41/ Mgoful polisth (10g)  
42/ Mgoful polisth (10g)  
43/ Mgoful polisth (10g)  
44/ Mgoful polisth (10g)  
45/ Mgoful polisth (10g)  
46/ Mgoful polisth (10g)  
47/ Mgoful polisth (10g)  
48/ Mgoful polisth (10g)  
49/ Mgoful polisth (10g)  
50/ Mgoful polisth (10g)  
51/ Mgoful polisth (10g)  
52/ Mgoful polisth (10g)  
53/ Mgoful polisth (10g)  
54/ Mgoful polisth (10g)  
55/ Mgoful polisth (10g)  
56/ Mgoful polisth (10g)  
57/ Mgoful polisth (10g)  
58/ Mgoful polisth (10g)  
59/ Mgoful polisth (10g)  
60/ Mgoful polisth (10g)  
61/ Mgoful polisth (10g)  
62/ Mgoful polisth (10g)  
63/ Mgoful polisth (10g)  
64/ Mgoful polisth (10g)  
65/ Mgoful polisth (10g)  
66/ Mgoful polisth (10g)  
67/ Mgoful polisth (10g)  
68/ Mgoful polisth (10g)  
69/ Mgoful polisth (10g)  
70/ Mgoful polisth (10g)  
71/ Mgoful polisth (10g)  
72/ Mgoful polisth (10g)  
73/ Mgoful polisth (10g)  
74/ Mgoful polisth (10g)  
75/ Mgoful polisth (10g)  
76/ Mgoful polisth (10g)  
77/ Mgoful polisth (10g)  
78/ Mgoful polisth (10g)  
79/ Mgoful polisth (10g)  
80/ Mgoful polisth (10g)  
81/ Mgoful polisth (10g)  
82/ Mgoful polisth (10g)  
83/ Mgoful polisth (10g)  
84/ Mgoful polisth (10g)  
85/ Mgoful polisth (10g)  
86/ Mgoful polisth (10g)  
87/ Mgoful polisth (10g)  
88/ Mgoful polisth (10g)  
89/ Mgoful polisth (10g)  
90/ Mgoful polisth (10g)  
91/ Mgoful polisth (10g)  
92/ Mgoful polisth (10g)  
93/ Mgoful polisth (10g)  
94/ Mgoful polisth (10g)  
95/ Mgoful polisth (10g)  
96/ Mgoful polisth (10g)  
97/ Mgoful polisth (10g)  
98/ Mgoful polisth (10g)  
99/ Mgoful polisth (10g)  
100/ Mgoful polisth (10g)

**DR. NADA LAZAR**  
Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
243 App. N° 39, Résidence Chateau, Bethovenne - Harhoura - Tél: 0537 74 49 75

**PHARMACIE CHATEAU**  
N° 39, Résidence Chateau,  
Bethovenne - Harhoura  
Tél.: 0537 74 49 75

**DR. NADA LAZAR**  
Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
243 App. N° 39, Résidence Chateau, Bethovenne - Harhoura - Tél: 0537 74 49 75

3/ Rebo 1 Apl x 2

4/ Trojena 5 5 (3 Rois)

1 cplj avant de jeun (10g)

5/ Forlox 15 lsr 6 Rois avec 1g de veu.

1326,9



60 Gélules

75 MG

LOT 224370

EXP 06/25

PPV 204DH00

Voie Orale



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01



6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01



Reçu de caisse

N° : 2310051121100930 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A1386-06H-1	TADILI SIDI HAMID	05/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1659	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : SAIDA

Polyclinique Wifak  
Caisse  
Polyclinique Wifak  
Caisse