

# 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- 074761

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00075 96

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAFIK HANAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661 882649

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEMBACHAR Nouredine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade :

Hiba Halem

Age :

18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Dermeite Superficielle + Lumbago

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 :

06/03/24

## 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

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
06/07/24	C	x1	150,0	Dr. LEMBACHAR Nourredine 42, Rue Bir Anzarane Quartier Industriel Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OMNI SARL 83, Avenue Matarkech, BERRECHID Tél. 05 22 33 81 51	06/07/24	364,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

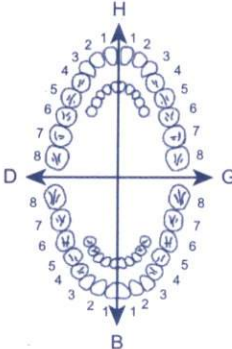
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

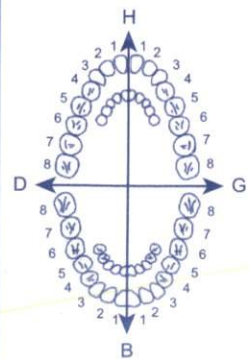
SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	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

الدكتور لمبشر نور الدين  
الطب العام

### شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الألم

Fait à Berrechid le :

06/03/2024

Miba Halim

153<sup>80</sup> Coeq'd in 20

107

71.00 change 4.50 20/28

Discom viz

131 x 5

13

Love & peace

Alvinar to @ 25m.

344

42, Rue Bir Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tél : 0522 33 74 30  
0522 33 74 30 : الهاتف : برشيد - الصناعي, برشيد - 42, زنفة بئر انزران الحي

Dr. ZEMRACH Nouredine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
0522 33 74 30 - Berre

يجب قرا  
يحفظ بع  
لا تستعم

**COCCIDIN**  
Fusidate de sodium

Boîte de 20 CP/250 mg

6 118000 083238

LOT : 0  
EX : 26  
PPV : 153,80 DH

**OMEGEN**<sup>®</sup> 20 mg

8 gélules

118000 130031

ppv 71 DH

**me**

0.25% W/W  $\beta$ -sitosterol

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

**Composition:**  
Extrait de l'huile de sésame ( $\beta$ -Sitositérol)  
Excipient : .....  
Excipient à effet notoire: Huile de sésame  
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C  
Ne pas Laisser à portée et à la vue d'enfants  
**Pour les indications, les contre-indications, voir la notice.**

ppv: 140.00 Dhs

**mebo** 0,25%  $\otimes$

Pommade dermatique

Tube de 30 g

6 118001 010110