

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 065294

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502

Société : RAM

MT-30376

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HABIB EL FERJANI

Date de naissance : 01.11.53

Adresse : 4, Saeed II, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 066.113.72.51

Total des frais engagés : 687,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**BENOUNA KOURIA**  
Médecine Générale - Echographie  
Lot. Haddou - Rue 3, N° 266 - Sidi  
Maarouf III - Sidi Maarouf - CASA  
Tél: 0522.32.13.29  
INPE: 091173120

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/03/2020

Nom et prénom du malade : Dr. Habib El Ferjani Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cholestérol

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 : 24.03.20 Co BA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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
24/03/2020	G	150dh		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/2020	127,90

# 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
		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

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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca, le : 24/03/2020 في الدار البيضاء،

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

03x40x40 RA 17 Hebita. A faire  
- Netospray 38 18

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
 P.P.V. : 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
 P.P.V. : 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
 P.P.V. : 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

50,40

PPV 50DH40  
 PER 01/22  
 LOT 1046-2



50,40

PPV 50DH40  
 PER 10/21  
 LOT H2057-3



50,40

PPV 50DH40  
 PER 10/21  
 LOT H2057-3



هيپانات

40 قرص

68,60 DH

A consommer de  
 préférence avant fin :  
 Lot n°

06/2022  
 U176K

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
 CERTIFIE ISO 9001:2015  
 PAR CERTQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl  
 Via delle Industrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY esi.it  
 Imprimé et distribué par ESNAPHARM 7 - Rue Abdelmajid  
 Benjelloun - Maarif extension - Casablanca