

# 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.

## Prothèse 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.

## Adresses Mails utiles

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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

ND: 32893

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0002539

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KERDOUN Date de naissance : 12-06-63  
Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL (com)  
Tél. : 06 61193876 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Rachid ZAFAL  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bah et Rue Mahsary  
Quartier Palmiers - Casablanca

Date de consultation : 08 / 07 / 2010  
Nom et prénom du malade : MOHAMMED KERDOUN Age : 57  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucome chronique  
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 : Casablanca Le : 15 / 07 / 2010  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
08/07/2020	CS			Dr. Rachid ZAFAD Ophtalmologiste Angle Rue Med Bahi et Rue Mansara Quartier Palmiers - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/07/2020

94 21,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

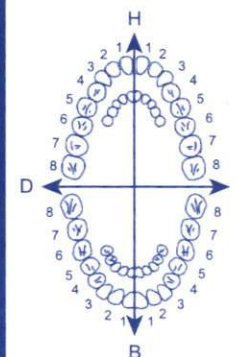
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

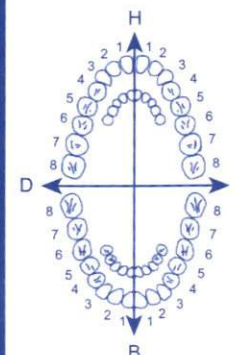
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



ORDONNANCE

208/07/22

Mr - KARDOUN

Thohammed

15 7100 x 6

Xalatan



1 gte x le soir

3 mois

7-942,00

PHARMACIE RIZK  
Dr. LALAMI Saloua  
5 PI. HAMED MEKOUAR  
AIN SEBAA - CASABLANCA  
Tél.: 022.35.89.28

PHARMACIE RIZK  
Dr. LALAMI Saloua  
5 PI. HAMED MEKOUAR  
AIN SEBAA - CASABLANCA  
Tél.: 022.35.89.28

Dr. Rachid ZAFAL  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansar  
Quartier Palmiers - Casablanca

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Flacon