

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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° P19-0036896

MUPRAS

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KOURT KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 32 45 30 93

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak AHIZOUNE  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
Spécialiste en Médecine du Travail  
24, Lot Al Wahda 2 - Deroua

Date de consultation : 23/07/2020

Nom et prénom du malade : ELKOURT KHADIJA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CF - Affection Longue Durée

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 : DEROUA

Le : 02/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com

Personne 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



# 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                    |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23<br>07<br>2020 | C                 |                       | 120,00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 23/07/20 | 312,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

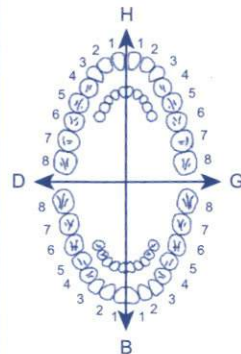
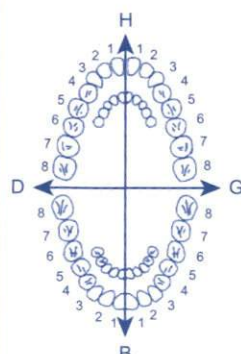
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

| 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>H</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                   | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | H   | H                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | 25533412  | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | 00000000  | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | D   | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | 00000000  | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | 35533411  | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | B   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  |   |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**HEPAFLOR®**  
Active la flore et équilibre le transit intestinal

HEPAFLOR® 30 gélules  
8008843004340  
ESI s.p.a.

e 69,80 DH

fin : 08/2021  
U042A

69.00

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45.00 DH  
ID : 630417  
6 118001 141548

Le 23.07.2020

EL KOURT KHASTJA

**ORDONNANCE**

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45.00 DH  
ID : 644654  
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45.00 DH  
ID : 644654  
6 118001 141548

69.80

1. Hepaflor (SV) 2 gélules le soir

45.00 X 3

2. Zoverase (SV) 1000 mg X 20 jours  
1 ep x 24

79.00

3. Mepal 10 mg. Après le déjeuner  
1 ep x 24 (SV)

58.30

4. Megasfon 160 mg  
1 ep x 24 (SV)

Megasfon 160 mg  
Boîte de 20 comprimés  
6 118000 094937

Fesfex  
une dose 1 x 24

Tous les

Dr. Abdelhak AITKOUNE  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
Spécialiste en Médecine du Travail  
214, LPAI Wahia 2, Deyoua

PHARMACIE CHADIA  
N° 210 Lot.  
Ain El Aouda II, Deyoua  
Tél. 05 37 37 37 37  
05 37 37 37 37  
05 37 37 37 37

79.00

MEFSAL® 15 mg ○  
20 comprimés sécables



6 118000 081982