

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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.

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2584 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BADRANE Fouad

Date de naissance : 01-08-1954

Adresse : Lot 23 Hgjj Fatch, 14 Etage Eloulfa Casablanca

Tél. 06 66 82 36 31 Total des frais engagés : 42,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 09 / 11 / 2020


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 29/11/2018 | 42,60                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

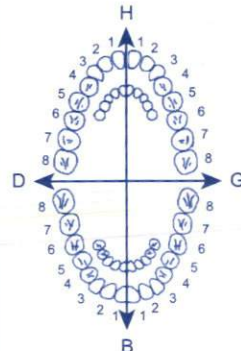
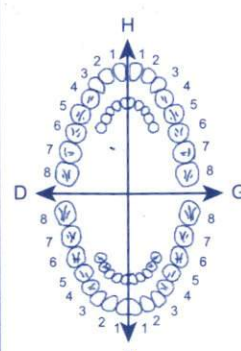
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |                    |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|
|    |   |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         | DEBUT D'EXECUTION  |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div>           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><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 L'EXECUTION



# PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

Mr ZEKRI Abdelati

Docteur en Pharmacie

220/222/224, Bd Oued Moulouya

El Oulfa – CASABLANCA

Tel : 05.22.90.51.13

TP : 36001574

ICE : 002291220000071

Casablanca le 29/11/2022

Nom : BACHANE farad

## FACTURE

| QTE   | PRODUIT        | P.U   | TOTAL |
|-------|----------------|-------|-------|
| 1     | Algantil 200mg | 26,80 |       |
| 1     | Doliprane 1g   | 15,20 |       |
| TOTAL |                |       | 42,60 |

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80

EXP 10/2022  
LOT 98015 4

PPV 150 H80  
PER 09/23  
LOT J2323  
S1

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13  
ICE: 002291220000071