

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-438634

47672

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007099 Société : RAM (Actraile)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Aziz Mohamed

Date de naissance : 13/08/1960

Adresse : N° 44 Rue OUKHOUANE HAY EMARA

CASABLANCA

Tél : 0665108044 Total des frais engagés : #845,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ALAMI CHEHBOUN Abdellah  
Chirurgie Générale  
146, Bd. des Forces Auxiliaires  
Hay Sadi Casablanca  
Hay Mohamed Hay My Rachid  
Sidi Mohamed Hay My Rachid  
Tél : 091 0661 33 39 48

Date de consultation : 31/10

Nom et prénom du malade : Mohamed Mohamed

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 31/10/2020

### 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



# 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
31/12/22	CS	1	général	INP : 019 440 511

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Espérance 18, rue d'Alger Casablanca Tél: 05 22 36 21	31/12/22	84580

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# ORDONNANCE

Dr:

Date : 31/10/2020

Nom et Prénom du patient :

Age :

126.30  
27.50  
124.00

HATTA SANDRA

Augmentin 1g



1 sachet x 3 fois avant les repas.



Spargan

1 gpr x 2j



Doliprane 1g

1 gpr x 3j



Signature :

79.80

(7)

349.002  
1988

Aulus 20

(S.V)

Appl. médicale

Louenox 40

(S.V)

(S.V)

Infection li la main à l'oeil.

845.80 pendant 10j.



~~Dr. ALAN CHEBBOUN Abdelilah~~  
Chirurgie Générale  
145 Bd. des Forces Armées  
Haut. Sech - Casablanca  
Tél : 0522 72 41 05 / 0661 33 39 48



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantiXa Inj b2

P.P.V. : 138,10 DH



6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantiXa Inj b2

P.P.V. : 138,10 DH



6 118001 080472

2750

Spasfon®

30 comprimés enrobés



6 118000 330226

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN** 1g /125 mg  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 644481  
PER: 11/21



**AULCER®** 20 mg  
oméprazole 14 Gélules

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 19173

PER: 04/2022

PPV: 52,80 DH



LOT: J2527

PER: 09/23

PPV: 14DH00

