

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0036377

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3216

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TAYAB Abdelmajid

Date de naissance : 4-2-53

Adresse : Derb Foukard R.S. n° 104 Casa

Tél : 0670747429

Total des frais engagés : 875,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : TAYAB Abdelmajid

Age :

Lien de parenté :

☐ Lien de parenté

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie

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 : .....

Le : ...../...../.....

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
27/11/2019		9	15000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> صيدان </div> <div> HARMACIE EL MADANIA </div> <div> I. DIOURI - Pharmacien </div> <div> Bouchemoul Rue 29 N° 153 </div> <div> 41 06 22 28 13 28 - Casablanca </div> </div>	27/11/19	725,20

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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 <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr Rachidi Lafnoune Jamila  
Médecine Générale

الدكتورة رشيدى لفنون جميلة  
الطب العام



Casablanca, Le :

27/11/2020

TAYAB SAID

الصيدلية المدينية  
H. DIOURI - Pharmacien  
Bouchentouf Rue 29 N° 85  
Tél. 05 22 80 42 83 - Casablanca

81,90x3  
Isperis



Après le soir

الصيدلية المدينية  
H. DIOURI - Pharmacien  
Bouchentouf Rue 29 N° 85  
Tél. 05 22 80 42 83 - Casablanca

tegretol 400

1/2 gp. Mat

Après le soir

Trait de 03 t

Mois

120758-59-60

LOT: KA90224  
PER: 11-2020  
PPV: 81,90DH

PER: 11/2020  
PPV: 81,90DH

PER: 11/2020  
PPV: 81,90DH

120761-62-63

6118001103034711

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV: 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV: 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV: 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV: 95.90 DH

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV: 95.90 DH



درب بوشنتوف نفقة 19 رقم 5 شارع بني امكيلد الطابق الأول الدار البيضاء.  
Derb Bouchentouf Rue 19 N°5 1er étage Bd. Beni M'Guild Casablanca  
Tél. C : 05 22 80 42 83