

## 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 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

- 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'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-608592

64569

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 12.09 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DERKADUI MALIKA

Date de naissance : Le 7/17/65

Adresse :

Tél. : 06 07 16 84 76 Total des frais engagés : Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DERKADUI MALIKA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

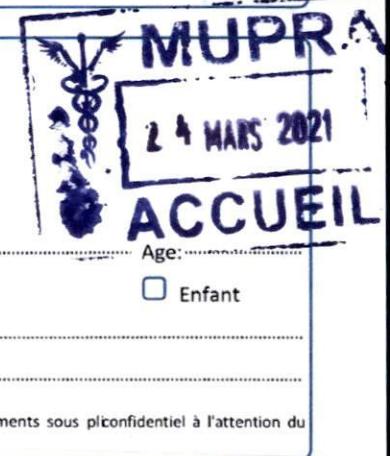
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 30/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
				INP : <input type="text" value="1111111111"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE HAMZA C. ANCA L. S. Maj fatchkue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tel: 0522 93 10 28		576,50

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text" value="1111111111"/>
				<input type="text" value="COEFFICIENT DES TRAVAUX"/>
				<input type="text" value="MONTANTS DES SOINS"/>
				<input type="text" value="DEBUT D'EXECUTION"/>
				<input type="text" value="FIN D'EXECUTION"/>
				<input type="text" value="COEFFICIENT DES TRAVAUX"/>
				<input type="text" value="MONTANTS DES SOINS"/>
				<input type="text" value="DATE DU DEVIS"/>
				<input type="text" value="DATE DE L'EXECUTION"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	35533411	00000000 11433553
B		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	35533411	00000000 11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Le 24/3/2024

Facture N° 59

M:

STE PHARMACIE HAMZA  
C. ANCA  
Lotis, Haj Yatén Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



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

valable 3 mois

Le ..02/02/2021..

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné

Certifie que Mle, Mme, M. : Debassei Nalika

Présente l'échelle de l'équipe B

Nécessitant un traitement d'une durée de : .....

Lefevre d'Eschelle (Arles 2).

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Alal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Alal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

# Tefovir<sup>®</sup> Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT 7711  
PER 01-22  
PPU 289 DH

300 mg



Voie orale  
**30** Comprimés pelliculés



PHARMA 5

# Tefovir<sup>®</sup> Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT 7711  
PER 01-22  
PPU 289 DH

300 mg



Voie orale  
**30** Comprimés pelliculés



PHARMA 5