

# 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.

## Biologie 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  
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 : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 065362

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00644 Société : 07952

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJJAJ Jemâa

Date de naissance : 1935

Adresse : C.J. Derb Doum Rue 20 N° 207 casa  
0681.11.09.39

Tél. : 0522.56.18.99 Total des frais engagés : 1488,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ahmed BIDANI  
Cardiologue  
166 Bd. Dakhla-Jamila V CD - Casa  
Tél. 05 22 29 18 72

Date de consultation : 16/04/2021

Nom et prénom du malade : HAJJAJ Jemâa Age : 1935

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 16/04/2021



### 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
16/4/21	C	7	300M	 Dr. Dakriva-Jamila I CD 166 Bd. de la République Tel: 05 22 29 18 72

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/4/21	1488,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

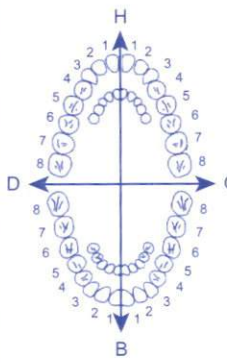
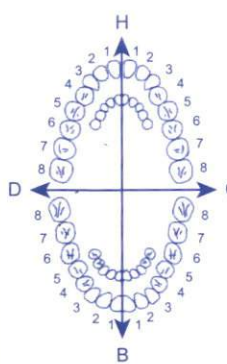
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	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

Casa, Le: 16.4.2021

HATTAJ Jemaa

158,30x3

1) APROVEL 150mg (3)

2) 10,00x2

4) SEPCEN 500mg (2)

4) 40x2

3) AMEP 5mg (3) R=1

6) 80x2

4) TANAKAN 40mg

9) 640 1 - R

5) PIASCLEDINE 300mg

12

الدكتور أحمد بیداني  
Dr. Ahmed BIDANI  
Cardiologue  
166 Bd Dakila-Jamila / CD - Gera  
Tel: 06 22 29 16 72

Total →

103 mg

5280 X3

GOEDES 20mg (3)

7/ SPECTA 3mg (2)

5240 X2

1488050





Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 160 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 160 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 160 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

SEPCEN 500 mg  
10 Comprimés  
6 118000 230182  
LOT : 05818003  
PER : 02-2022  
PPV : 210 00DH

AMEP® 5mg  
28 comprimés  
6 118000 081524

AMEP® 5mg  
28 comprimés  
6 118000 081524

SEPCEN 500 mg  
10 Comprimés  
6 118000 230182  
LOT : 05818003  
PER : 02-2022  
PPV : 210 00DH

tanakan 40 mg  
30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
6 118000 011545

tanakan 40 mg  
30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
6 118000 011545

OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071

OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 15 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
AMM N° 116 DMP/21/NCI  
PPV : 96,40 DH  
6 118001 070732

SMECTA 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 52DH40  
6 118000 011460

SMECTA 3G  
B30 SACHETS  
P.P.V : 52DH40  
6 118000 011460

OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071  
LOT 191340  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

COOPER PHARMA  
PPV : 52,80 DH

COOPER PHARMA  
PPV : 52,80 DH