

## 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° W19-568119

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADMI AHBA

Date de naissance : 07/10/59

Adresse : HABITAT

Tél : 06 61095613

Total des frais engagés : 44 00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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 : 09/05/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



### 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'Horizon  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                        | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE RUCHE BLANCHE</b><br>Av. Mly. Abdouah, Villa Roucaine<br>Marhouba - Tél: 05 37 74 47 07<br>ICE: 00214 303000020<br>F: 91309924 - INPE: 102050903 | 04.05.21 | 44100                 |
|                                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                                               |          |                       |

# 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 :

Veuillez 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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H                                                                                                                                                                                     |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | H                |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 25533412                   | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| D                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | G                |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 35533411                   | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| B                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# CARDIX<sup>®</sup> 6,25

## Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 129  
PER: FEV 2022  
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE