

# 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

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)

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

ND:  
75472

## Déclaration de Maladie : N° P19-0006787

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTABOUR Tadjana Date de naissance :

Adresse : 14 RUE T. MULE D AP7 WAFER Bouschid

Tél. : 06 50 24 91 87 Total des frais engagés : 284620 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/21

Nom et prénom du malade : BENTABOUR Tadjana Age : 16 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vue de nuit (cnc)

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 : Bouschid Le : 15/06/21

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
15/06/21	Catadi		281,20	DR. ABDELK BOUCHTA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARY 99, Boulevard Berrechid Tél : 05 22 22 22 22	15/06/21	281,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

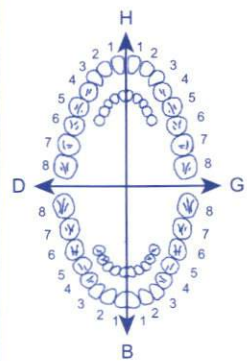
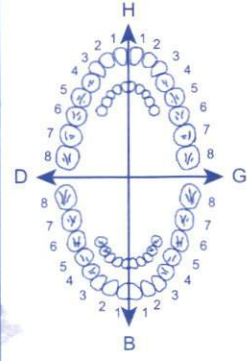
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Casablanca, le 15/6/2027

Nom et Prénom : .....

M. BENJABOUR MUSTAPHA  
Né le : 01/01/1945

CJ021F15080300

3011

❖ OXIFLOR Cp

1cp x2/j pd 5 jours

❖ MAXIDROL Pommade

1 appl le soir pd 10 jours

❖ ICOMB Collyre

1 Gtte x 5/j pd 30 jours

❖ DICLOCED Collyre

1 Gtte x3/j pd 30 jours

❖ Compresse Oculaires

1 Fois par jour

صيدلية صاري  
PHARMACIE SARY  
99, Bd Brahim-Roudani  
BERRECHID  
Tél : 05 22 33 61 86

T = 284.20

10 COMPRESSES OCULAIRES  
ADHÉSIVES - ADULTE

OXIFLOR 200 mg 10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 09/2022  
LOT 95015 1

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHSIcomb®  
Lot: 60051  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Pharmacie Responsable : Amina DAOU  
41, rue Mohamed Diour, Casablanca  
Distribué par COOPER PHARMA  
6 118001 101948



# PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20210621-920

Date de vente : 15/06/2021  
Médecin traitant : BOUCHTA ABDELHAK

BENJABOUR MUSTAPHA

BERRECHID, Maroc

3011

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STERISOIN COMPRESSES OCULAIRES ADULTE B10	1	30,50	TVA (7.00%)	30,50
DICLOCED CL 10ML COLLYRE	2	68,00	TVA (7.00%)	136,00
ICOMB CL 5ML COLLYRE	1	30,30	TVA (7.00%)	30,30
MAXIDROL PO 3.50G POMMADE OPHTALMIQUE	1	22,40	TVA (7.00%)	22,40
OXIFLOR CO 200MG B10 COMP PM	1	65,00	TVA (7.00%)	65,00

Total HT	265,61 DHS
TVA	18,59 DHS
<b>Total</b>	<b>284,20 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-quatre DHS et vingt centimes



IF : 40174610 TP : 40745479 RC : 13204 ICE : 000425386000057

Tel : 0522336186

Adresse : 99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID