

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Personne 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.

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° M21- 0051170

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : —

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Mr IBRAHIM H. Hahmed

Date de naissance : —

Adresse : 47 HUSSEIN MAAYFELATI -

607 HUSSEIN CHEH -

Tél. 0661241345 Total des frais engagés : 904, 70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

Date de consultation : —/—/—

Nom et prénom du malade : — Age : —

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 : CASABLANCA

Le : 13 / 8 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 13/08/21                               | 13/08/21 | 774,70<br>130,00      |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

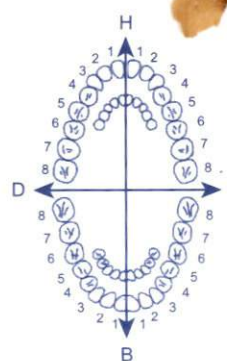
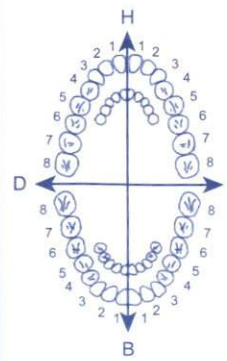
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

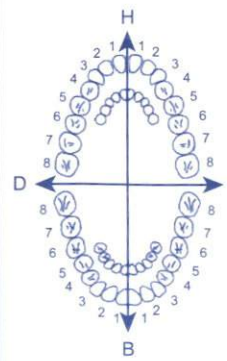
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|    |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 795421

Date : 13/08/2021

Client :

MR IBRAHIMI MOUHAMED

MLD

Désignation Produits

BANDELETTES ON CALL EXTRA / 50

Quantité

P.V

Total

1

130.00

130.00



PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Ibrahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maarif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 88 / 05 22 27 12 24



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

FACTURE

MLD

N° FACTURE : 795421

Date : 13/08/2021

Client :

MR IBRAHIMI MOUHAMED

Désignation Produits

AZARGA COLYRE

MONOPROST COLLYRE

EXFORGE 5 MG / 160 MG 28CP

NOVONORM 1 MG / 90 CPS

Quantité

P.V

Total

1

194.30

194.30

1

178.90

178.90

1

224.00

224.00

1

177.50

177.50

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

AMM N° 426/18 DMP/21/NRO

PPV : 194,30 DHS

© 2011, 2015 Novartis 449271 MA

NovoNorm®

1mg

90 comprimés

PPV : 177.50 DHS



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,

BP N° 1, 27182 Bouskoura, Maroc

صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme: LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
M. Ibrahim Boudani Vers Mly Youssef  
Maarif - Casablanca  
05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 26