

## 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)

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-545823

83100

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAMALI Ali

Date de naissance : 01/11/1960

Adresse : 7 Rue Georges Paul Naeuf

Tél. : 06 133 226 21 Total des frais engagés : # 135,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 18/06/21

Nom et prénom du malade : Kamel Ali Age : 61

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

Nature de la maladie : diabète

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 : 18/06/21

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
				INP : <i>gratuit</i> <i>Medecin Interne</i> <i>KHALFI CHAIMA</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>VITA</i> Pharmacie VITA - SARLADU Tél. 05 22 98 43 93 Pharmacie VITA - SARLADU Tél. 05 22 98 43 93 Pharmacie VITA - SARLADU Tél. 05 22 98 43 93	<i>18/06/21</i>	<i>135,60</i>

# 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
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 prothèse			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

Cox le 18/06/21

Mr KATAWI Ali

45.00 x 3

Glucophage 850 mg

1/2 x 2/3 (3 boites)

②  
VITA  
Pharmacie VITA - SAKOU  
TEL: 05 22 98 43 63  
FAX: 05 22 98 43 65  
BOULEVARD EL KHAYMA  
BOULEVARD EL KHAYMA - CASA

KHALFI CHAIMAA  
Medecin Interne  
Hopital - Med EL JADIDA

**GLUCOPHAGE 850<sup>®</sup>**

Metformine

LOT 76264

PER 68 22

PPM 45.20 DH

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**850**mg

VOIE ORALE

MERCK SANTÉ

GLUCOPHAGE 850

Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**850**mg

9 : lire attentivement la notice

lire Attenti

45,20

# GLUCOPHAGE 850<sup>®</sup>

Chlorhydrate de Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**850** mg

VOIE ORALE

MERCK SANTÉ SAS

## Composition

Chaque comprimé pelliculé contient 850 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 662,90 mg de metformine base.  
Excipient q.s.p un comprimé pelliculé

Boîte de 60 comprimés pelliculés

**GLUCOPHAGE 850**

Metformine

**850** mg

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**GLUCOPHAGE 850<sup>®</sup>**

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080640

755.533.01.10

45,20

# GLUCOPHAGE 850<sup>®</sup>

Chlorhydrate de Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**850** mg

VOIE ORALE

MERCK SANTÉ SAS

## Composition

Chaque comprimé pelliculé contient 850 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 662,90 mg de metformine base.  
Excipient q.s.p un comprimé pelliculé

Boîte de 60 comprimés pelliculés

**GLUCOPHAGE 850**

Metformine

**850** mg

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à

**GLUCOPHAGE 850<sup>®</sup>**

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080640

755.533.01.10