

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 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° W19-454910

84738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10072

Société : B.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAMMI

ABO CARAHIM

Date de naissance : 1962

Adresse : 201 Ch. Ind. Rue 3 n° 23

ouffa Garga

Tél. : 0668 78 12

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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.

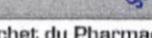
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

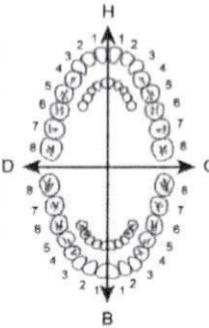
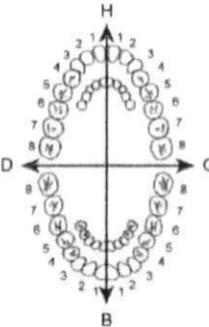
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدلية MOTAHIDA Sidi Abderrahmane Gasablanca 58.08</p>	17.08.2021	1368,60 d.d.

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> 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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>															
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>															
		DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 17-5-2021

Housni FatimaP.P.V : 97.90 DH  
LABORATOIRE SOTHEMALOT 10461 1  
EXP 02 23  
PPV 170.00 DHLOT 200497 2  
EXP 02 22  
PPV 102.00 DHLOT 10574  
PER: 07/2023  
PPV: 87.00 DHCardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27.70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Xarelto® 10 mg / 5 cps  
RivaroxabanP.P.V. : 199.90 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090631

Xarelto® 10 mg / 10 cps  
RivaroxabanP.P.V. : 347.00 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090648

LOT 201590  
EXP 06/2023  
PPV 99.00 DHLOT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80 DHPPV: 40 DH50  
PER: 03-24  
LOT: K73080.50 DH  
Lot: H2106401  
Per: 07-2024PPV: 56.30 DH  
LOT: 11A11D  
EXP: 01/202397.90  
170.00  
X102.00  
87.00  
X27.70  
347.00  
199.9099.00  
52.80  
X48.50  
X80.50  
X56.30  
1368.6080.50  
X56.30  
1368.604, Bd. Ghandi, Casablanca 20250  
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax : 05 22 94 89 39  
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma  
Site web : www.cliniquelongchamps.maBROKEN no 04 of Ren  
1-0-1 x 10Toricic no. 1/10 veili  
ou Biovanic  
Cerclidagrine 100 10-10

Xarelto 10 : 0-

as 20 : 1-0-0 x 10

solupred 20 on catipred  
347.00 + 3

247.00 + 3

147.00 + 3

ut: 1-0-0 x 10  
true: 1-0-1 x 10

vit. 100000 u7/semai

Clinique Médico Chirurgicale Longchamps  
Dr. KAIY Bouchab Anesthésiste  
Réanimateur  
INPE: 001000007