

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## 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

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0029849

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLI CHI Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Apt 10, km 14 Tranche 07/2 AL AZHAR

BERNOUSSI - CASA

Tél : 0602154142 Total des frais engagés : 1140,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2021

Nom et prénom du malade : Farid Farid Age : 47

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

Nature de la maladie : Diabète + Hypertension

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 : CASA Le : 21/09/2021

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
09/09/2011	Ce		150,00	

09109121	Ce	15200	 <p>Hayaat AHAM Association pour le Développement des Activités de la Femme Métaboliques 091187708</p>
----------	----	-------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.09.2021	942,80
	15.09.2021	48,10

	09.09.2021	942,80
	15.09.2021	48,10

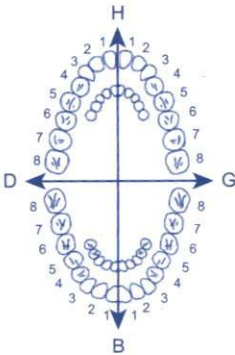
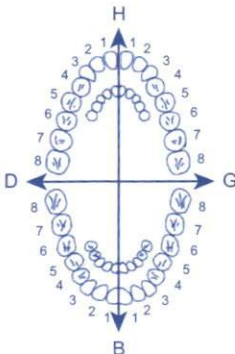
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
					MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE



le 29/10/2012

78,70 kg - Fanci Fatima

Re  
1) Dicen 50 mg

2) 29/11  
437  
Janet 50 mg

3) 24/10 x 5  
Levotylin 50 mg

4) 13/10 x 5  
Levotylin 50 mg

5) 56/30  
24 mg

79/42,80 kg

Dr. Hayat AHANDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques

Dr. Hayat AHANDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
INPE: 09187702

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Distribué par MSD MAROC  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21A280  
EXP: 01/2023

78,70

78,70

78,70

PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE  
DR MARJANE MOUNIA  
RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA  
GRANDE CEINTURE

Tél : 0522674599

15/09/2021

khamlichi mohammed



FACTURE N° : 46898 du 15/09/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	PARANTAL 20 COMPRIMES	10,10	10,10	7%
1	PARANTAL 500 MG BT/ 10CP EFFER	10,50	10,50	7%
1	DICLO 100 MG BT/10 SUPP	27,50	27,50	7%
Total TTC			48,10	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUARANTE HUIT DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	44,95	3,15	48,10
		44,95	3,15	48,10

PARANTAL® 20 COMPRIMES  
PPV 10DH10 EXP 11/2023  
LOT 0N059 3

PARANTAL®  
PPV 10DH50  
EXP 09/2022  
LOT 07050 2

27,50

CNSS :  
Compte :

I.C.E : 000466880000069  
Patente : 31836220

INPE:  
R.C : 301800

I.F :  
RIB :

N° IPP : 404020		N° SEJOUR : 210031600		FACTURE N° 2102012232		DATE D'ENTREE : 09/09/2021		DATE DE SORTIE : 09/09/2021					
ASSURE :						DESTINATAIRE : FARICI,Fatima							
MALADE : FARICI,Fatima				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 : REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION			LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL		TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
								% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN													
CONSULTATION DE SPECIALISTE			Cs	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT		TOTAUX :		150.00								150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00		REGLE :		150.00		AVOIR :	
				RESTE DU :		0.00							
DATE FACTURE : 09/09/2021		EDITEE LE : 09/09/2021		PAR: LAHBAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA						N° DE POLICE :				DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
						BANQUE :				BMCE - BERNOUSSI			
						N° compte bancaire :				011780000049210006006888			