

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : 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.

N° W19-578401

85696

Courier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0903	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M <sup>me</sup> Ben Abdellah Lahcen			
Date de naissance : 5/01/1943			
Adresse : 22 Rue Jules N° 5 Agdal RABAT			
0537 77 52		Total des frais engagés : 2843,00 Dhs	
Tél. : 0611701392			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M <sup>me</sup> Lahcen Ben Abdellah			
Lien de parenté : Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie chronique embolys de cholestérol			
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 au médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à RABAT le 10/01/2010  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2010

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cadre et signature du Médecin attesteant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-1800 Bensouda Mohammed Oussama Quad Roman Jay Al Inbiat Fax : 06 37 80 71 00	21/9/2021	2843,-

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<p><b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b></p>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	00000000	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	35533411													
	G	00000000	11433553													
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>															
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															



269,00

+ ٢٠٣٥٤٦١٨٤٣  
+ ٢٠٣٥٧٤٩٨٣٦  
٢٠٣٥٧٤٩٨٣٦  
٢٠٣٥٧٤٩٨٣٦

rt 1/9/2011

Ben Rachidouh Salma

$$(269 \times 3) = 807.$$

4/ levigam 10/5

**Pharmacie AZ-ZAHRA**  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussama  
7 Bis, Av. Quad Roman, Hay Al Inblat  
Salé - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

195,60 1/9/15 le mol

$$7/ (60 \times 2) = 120,20$$

4/ Redlep 20



1/ 720 1/9/15 le sr  
(272 \times 3) = 816.

3/ AVODART 1 cop

4/ metral 1/9/15 801



1/ 167 1/9/15 269,00

5/ Zyhix 100 mg 1/9/15

6/ Aspergic 266 1/9/15 269,00

269,00

269,00

Prof.  
Néph.  
Dialyse  
Transplantation Rénale  
CHU Ibn Sina - Rabat

7/ hépaute

686

1/5

x 3

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
ID: 646118  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
ID: 646118  
6 118001 141654

2843

Pharmacie AZ-ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussama  
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Salé - Tel/Fax : 05 37 80 71 00

97,60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

97,60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

LOT 202592  
EXP 10 2024  
PPV 46.70 DH

هيپانات

قرص 40

68,60 DH

A consommer de préférence avant fin :

07/2023

Via delle  
Importé et  
Ber

Lot n°

W202F

هيپانات

قرص 40

68,60 DH

A consommer de préférence avant fin :

11/2023

Lot n°

W323I

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
ID: 646118  
6 118001 141654

68,60 DH

قرص 40

A consommer de préférence avant fin :  
Lot n°

04/2024

X098L

Via delle  
Importé et  
Ber



 MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 11.9.2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)**

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné: .....	Transplantation CHU de Toulouse - Hémodialyse
Certifie que M <sup>le</sup> , M <sup>me</sup> , M: .....	Benzodiazépines
Présente	Insuffisance rénale chronique
Nécessitant un traitement d'une durée de:	..... → une
Dont ci-joint l'ordonnance	.....
(A défaut noter le traitement prescrit)	.....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

*J* Dr. Lourdes BENAMAR  
Luisa Spalding CHU Ben Gia  
Agencia de Cooperación Internacional  
Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación  
Switzerland