

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

**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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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.

**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**



## MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0025798

☐ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☐ Optique
 ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 14415 Société : RAM

☐ Actif
 ☐ Pensionné(e)
 ☐ Autre :


Nom & Prénom : Richi A. Berber 86107

Date de naissance : 02/06/1937

Adresse : Day Non Zoum n° 14 n° 185 Kinshasa

Tél. : 0698988268 Total des frais engagés : 989,3 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 20/09/2021

Nom et prénom du malade : Harak Fakir Age : 68

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

Nature de la maladie : maladie métabolique chronique

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 : 20/09/2021

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
20/09/22		C1 Gmt		Dr. H. SAAFI Hépatologie - Gastro-Entérologie CHU de Tunis

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Poursuivante	Date	Montant de la Facture
	20/09/22	989,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

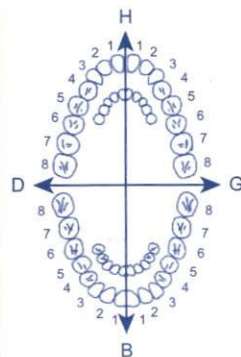
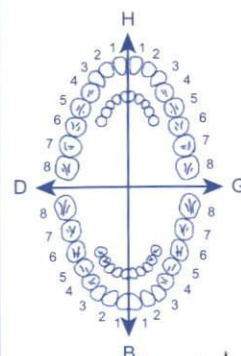
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

26/05/2024

Dr. H. SAATI  
Hépatite - Gastro - Entérologie

187x3 + 4470 = 28098

11 Diamicron 60

(N° 4)

28x2 = 56 lpa 2/3

2) Glucoplas 1000 (N° 2)

140 + 99 = 239 lpa 2/3

3) Selas (soit de 56 x 2)

13,4x4 = 53,6 soit 26 x 2

4) Lerothyrox 50 (N° 4)

84,9x2 = 169,8

5) Cartes 2L (N° 2)

159,60 19x5 2/3

6) chablin 40

30,50 2/3 2/3

7) Fungilife

989,13 11x5 2/3



Dr. H. SAATI  
Hépatite - Gastro - Entérologie



LOT 201592  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT: 201799  
PER: 05-2023  
PPV: 140,00DH

LOT N°:

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

Liste II - Uniquement su.

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

Liste II - Uniquement su.

LOT: 14981  
FAB/04/03-2022  
04-2020  
03-2022  
CARTÉOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 84,90 DHS  
AMM N° 4719/DMP/21/RQDNM

LOT: 14981  
FAB/04/03-2022  
04-2020  
03-2022  
CARTÉOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 84,90 DHS  
AMM N° 4719/DMP/21/RQDNM

FUNGILYSE®  
Crème  
PPV 300CH50  
EXP 02/2024  
LOT 000025 2

LOT: P05  
PER: 08/2022  
PPV: 159,60 DH

CH

00,82

00,82

242600030-02

242600060-02

242600060-02

242600060-02

04,44

04,82

04,82