

## 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 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W21-655446

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

03045

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KAMA L. ALI

Date de naissance :

01/11/1960

Adresse :

07 RUE GEORGES SAND MAHLE

Tél. :

066133 2762

Total des frais engagés :

# 142,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01 SEP 2021

Nom et prénom du malade :

Kandi al

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

30 SEP 2021

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 :

30/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
02/10/91				INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] KHALFI CHAIMAA Médecin Interne Hôpital Méd V EL JADIDA

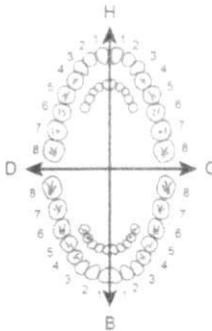
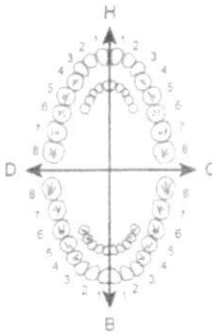
[illegible][illegible][illegible]

# 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="text-align: center;">             H              25533412   21433552              00000000   00000000              D ----- G              00000000   00000000              35533411   11433553              B           </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion			
Soins de rééducation	Soins de réinsertion				
Soins de réinsertion					

Coefficient

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Presc le 01/SEP/21

Dr KANAU Ali

26,40

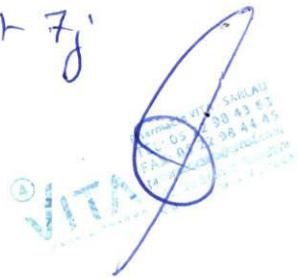
1/ Tobex 0,3%



5 gtt x 3/j pdr 7j

2500

12/ Agideum



lapp x 2/j

22,80

3/ Astaph 500mg  
lcp x 3/j pdr 7j142,20



# استاوف

فاز كلو كسابين

500 مغ

24  
كبسولة

مضاد حيوي



Pharmaceutiques PHARMAX 5

Yasmine LAHLOU FILALI  
Pharmacien Responsable

Posologie, indications,  
contre-indications : voir notice

Astaph 500mg/24 pelules



6 118000 090144

90,80



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION

**NE PAS AVALER**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance



TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
**Alcon®**

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

  
Remboursable AMO



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine

**Alcon®**

Pommade

AGIDERM®

AGIDERM® 2%

Pommade

Tube de 15 g



LOT: 218

PER: 07/20

PPV: 25,00 DH

مرهم

فوسيدات الصوديوم 2%

15 غ

Indications, contre-indications ..... voir notice

Garder à une température ambiante n'excédant pas 25°C

ADSP N° : 38DMP/21/NCN



Fabriqué par les

Laboratoires NOVOPHARMA

Z.I.12 Tit Mellil Casablanca

sous licence de Philadelphia pharmaceuticals