

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-665994

95987

MLD

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 330 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**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
				INP : <input type="text"/>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10.12.2021	426.00	PHARMACIE RYAD AL KATHI 8, imp. P. G. et E. El An III Casablanca - Tel: 0 7 89 35 44

**ANALYSES RADIOGRAPHIQUES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

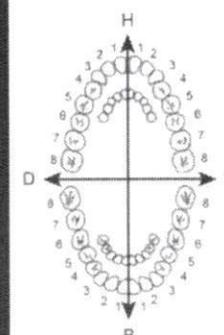
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

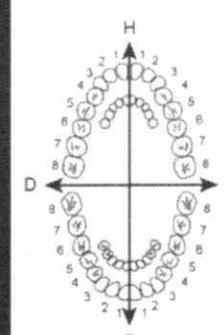
**SOINS DENTAIRES**

Dents Traitées	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**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412   21433552	<input type="text"/>
D	00000000   00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
G	00000000   00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B	35533411   11433553	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE RYAD AL FATH

6 IMM144 GH 22 LOT FATH 3

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 32961302

N° R.C. : 446097

N° ID.F. : 37710751

N° CNSS : 5945996

Tel : 0522893544

Fax :

MINA JABLINE

I.C.E. :

N° ICE 002328597000080

Le: 10/12/2021

FACTURE N°: 72/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	RANCIPHEX 20MG BTE 28CPS	113.70	113.70
1	CICATRICEPT SPRAY	42.50	42.50
1	ASPEGIC 100 SACHETS	21.80	21.80
2	BIOMYLASE 3000 COMPS/24	55.00	110.00
2	DOCIVOX CP GM	69.00	138.00

TVA 7%:	16.06
TVA 20%:	7.08

Total : 426,00

monts passager  
LOT: 210503  
DLUO: 09/2024  
69,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
QUATRE CENT VINGT SIX DIRHAMS

LOT : 21E002  
PER.: 12/2022  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

55,00

Composition:  
Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg  
Excipients q.s.p. un comprimé  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.  
PPV: 113 DH 70

CICATRICEPT  
SPRAY  
PPC: 42,50 DH

55,00

monts passager  
LOT: 210516  
DLUO: 10/2024  
69,00 DH