

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 001070

11964

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DINA BENADAR épouse Mr BELGHAJ

Date de naissance : 2-3-57

Adresse : 64 Rue Imam Al Harawan

Tél : 0669 373031

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL FATIM Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie

Date de consultation : 15/03/2022

Nom et prénom du malade : DINA BENADAR

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

Nature de la maladie : Neurologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 15/03/2022

## 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
15-3-88		5	3000	<b>Dr. EL FATIMA EL HADI</b> Professeur de Médecine Dentaire et Réadaptation Fonctionnelle D-2001 Locomoteur Podologie

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Universitaire</b> 16, Rue J. J. Rousseau - Casablanca Tél: 05 22 40 00 00	15/03/82	478,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

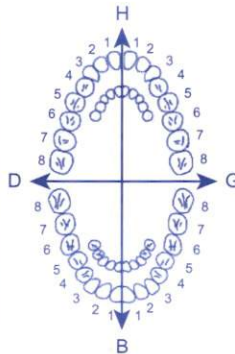
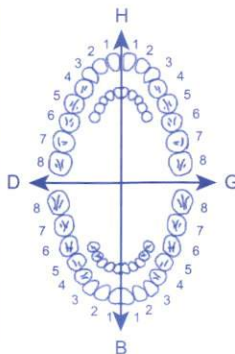
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D ————— G  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div> <div> [Création, remont, adjonction]  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>			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

Date

15/3/22

M.

Ben Amor Jura

DOIT

MODE DE PAIEMENT :

☐ ESPECES☐ CHEQUE☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT :

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
	Artiflex	1	95.00
	my doflex	1	96.00
	masche	2	192.86
	masche	1	96.00
		5	478.20

092 056 753

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3850

EXP: 10 2023



T DE LA VUE D

السواء بعيدا

PPV 188.00 DH

التعليم  
يوصف  
يوصف  
من بعد  
طريقة  
عن طريق  
1 كبر من  
يوصف  
من

LOT 9151/ED 2  
10/2024 PPV 95.00

ARTIFLEX  
ROLL-ON



# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



## 300<sup>®</sup> بياسكليدين

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

**EXPANSCIENCE®**  
**LABORATOIRES**

**30**  
GÉLULES  
كبسولة

Dr. EL FATIM Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Pain-a-pli Locomoteur Podologie

Le : 15-3-22

**ORDONNANCE**

M<sup>me</sup> Benamor Dina

95.20

10/ ~~Artiflex~~ Artiflex roll on :

1 app x 2/j x 10 j

96.00

20/ Mydoflex :

1 x 2/j x 5

96.00  
x3

1/j x 5

30/ Piasclidine 300 :

1/j x 3 mois

478.20

Pharmacie Universitaire  
Hicham  
1/16 Rue  
Tél: 05 22 41 11 11  
Casablanca - Casa

Dr. EL FATIM Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Pain-a-pli Locomoteur Podologie

CLINIQUE AL MASSIRA.

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N°: 220315152742BE / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
220315152712BE-001	BENAMAR DINA	15/03/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

CLINIQUE AL MASSIRA  
5 Rue MOKRI - Casablanca  
Tél: 0522 39 40 41  
Fax: 0522 39 14 15