

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@ihupras.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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-718312



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2019

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASS, D SAID

Date de naissance :

16/08/1967

Adresse :

529 lot Haj Fath N°3 casablanca

Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 485,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/08/2012

Nom et prénom du malade :

Age :

RASS, D

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prostate

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 16/08/2012

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ESSAAD Dr. Latifa BOUDLAL , Rue Ain Louh Mabrouka ETTAT Tél: 05 23 72 28 17	24/06/22	385.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

#### **RELEVE 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 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"/>																								
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
<hr/>																												
D		G																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
				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"/>																								

# ORDONNANCE

Mr. Essaada

Le : .....

24/06/22

M. BIB Ahmed  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
Tél: 05 23 40 12 12  
147 Bd Abderrahmane S. S.  
Settat

150.00

- Hy 16 Polyc (S.V)

20.00

- Dalgren - S

(S.PV)

24

24.00

- Hexapneum - SIS  
- 1-3)

(S.V)

79.70

- Aspir

500 mg S

(S.V)

26.50

- vit C

(S.V)

82.10

- Eosin 20 mg / 100 ml

M. BIB Ahmed  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
Tél: 05 23 40 12 12  
147 Bd Abderrahmane S. S.  
Settat

385.30

PHARMACIE ESSAADA  
Dr. Latifa BOUDLAL  
83 Rue Aït Louh Mabrouka  
SETTAT. Tel: 05 23 72 28 37

PPV:20DH00  
PER:03/25  
LOT:L923

2023 - 11  
**LOT** 300229  
PPC: 150 DH

79,20  
PPV 19DH7  
PER 01/25  
LOT L113



parahydroxy-  
saccharose.

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21  
P.P.V. : 27,00 DH

LOT: L923  
PER: 04/25  
PPV: 30DH10



89,10

**VITAMINE C 1g** ☒  
Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V.: 26,50 DH

6 118000 190936

يحفظ بعيداً عن  
الحرارة و الرطوبة.