

# 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
- ☐ 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051714

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

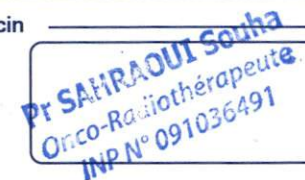
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaute  
 Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed  
 Date de naissance : 30-06-1951  
 Adresse : 69, Rue AL HOUSHOUD CASA  
 Tél. : 05 22 27 34 79 Total des frais engagés : 220 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : ZAHIDI FATIMA Age: / /  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : neoplasie du sein  
 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) : /



13 - 9 22

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
11/5/22	SS		3	Pr S. RAQUIN O.R.C. - Radiothérapeute INP N° 091036491

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Espérance 41, rue Diacutif-Casabianca 41052-2227 02 47 05 22 27	11/8/22	220,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

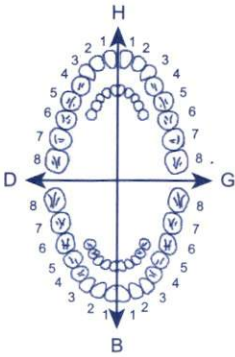
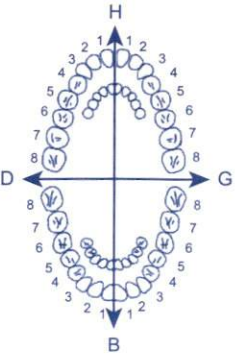
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT 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-between;"> <div>                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div>                     21433552                      00000000                      G                      00000000                      35533411                      B                 </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**

Onco-Radiothérapeute

11/8/2022  
M<sup>me</sup> Zekidi

RSS  
facture

no. 00 x 2

facture 20

30/10 x 55

20/10 x 55

no. 00 10/10 x 10

facture 20

220,00

PHARMACIE DE L'HOPITAL SALAU  
Angle Boulevard Zekroun  
Rue d'Agadir - Casablanca  
Tél: 05 22 86 27 00

Dr. S. Mouafik  
Onco-Radiothérapeute  
N° 09/1056491

® **كوتبرد**

**بردنزلون**

(ميتاسلفونيزوات صوديوم)

**20 ملغ**

**20 قرصا فوارا**  
**قابلا للكسر**



### Formule

Prednisolone

de métrasulfo

Excipients

effervescent

Ce conditionnement

quatre cents

prednisolone (sous

métrasulfo

Posologie, mode

contre indications,

notoire : voir notice

20 mg (sous forme

oate sodique)

q.s.p. 1 comprimé

contient au total

milligrammes de

oate sodique)

d'emploi, indications,

excipients à effet

PPV : 40DH00  
PER : 05/25  
LOT : L1691

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

® **كوتبرد**

**بردنزلون**

(ميتاسلفونيزوات صوديوم)

**20 ملغ**

**20 قرصا فوارا**  
**قابلا للكسر**



### Formule

Prednisolone

de métrasulfo

Excipients

effervescent

Ce conditionnement

quatre cents

prednisolone (sous

métrasulfo

Posologie, mode

contre indications,

notoire : voir notice

20 mg (sous forme

oate sodique)

q.s.p. 1 comprimé

contient au total

milligrammes de

oate sodique)

d'emploi, indications,

excipients à effet

PPV : 40DH00  
PER : 05/25  
LOT : L1691

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

20 ملغ  
عن طريق الفم



أوديبيلس<sup>®</sup>  
أوميزازول

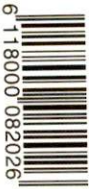
OEDES 20mg

56 gélules

56 x

حبّيات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدة  صباح  زوال  مساء					



6 118000 082026



COOPER  
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211540  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH