

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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- 0023848

131806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : M22  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAGDAD MARIN  
Date de naissance : 21/08/65  
Adresse : RUE 3 VILLA 3 F B 2 ARINAK ANK  
EL OULFA  
Tél. : 0661306662 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 20/09/2022  
Nom et prénom du malade : Bagdad Marin Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

## 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

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
20/09/22	7 f/act		450 000	Hôpital Universitaire International Charles de Gaulle Pr. EL FATTAH ABDELLATIF Médecine Physique et Rééducation 091037077

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/09/22

351.60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

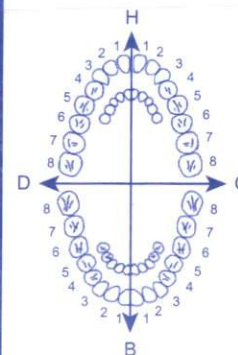
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

23/09/2022

29/10/2022  
18/10/2022  
Antiviral (01 Seigne)  
Diprosten (01 Seigne)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. EL FATMI ABDELLATIF  
Médecine préventive et readaptation  
09103707

PHARMACIE LOUKROU SARL  
YOUNES BELAYACHI  
125 - 127 Bd Oued Zr Oudja Casablanca  
Tél / Fax: 06 22 80 61 07

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

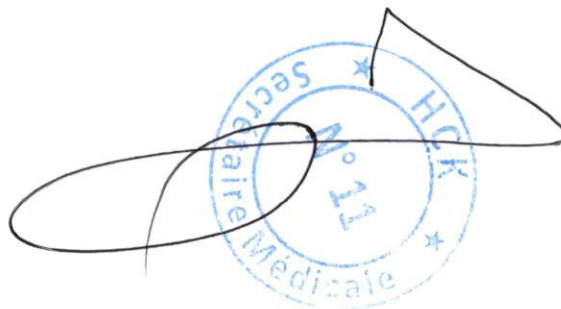
## F A C T U R E

N° : 126723 / 2022 du 30/09/2022

Nom patient	BAGDAD KARIM	Entrée	30/09/2022
	PAYANTS	Sortie	30/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INFILTRATION INTRA-ARTICULAIRE, MEDICAME	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		





HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

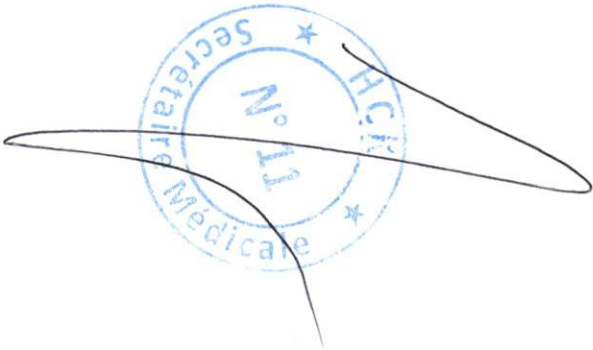
Reçu de caisse

N° : 220930151741KH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200569741	BAGDAD KARIM	30/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	4367576/bmci Lui-même	450,00
	Total payé	450,00

Reçu établi par :KHA.IBR



# ARTROVIAL

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 1,6%  
Hyaluronate de sodium intra-articulaire 2,2%



## COMPOSITION

Une seringue pré-remplie ren-  
32 mg (ARTROVIAL 1,6%) ou  
nate de sodium ; chlorure d  
phosphate monosodique ; eau

## ORIGINE

ARTROVIAL est obtenu par f  
visco-élastique pour complète  
dispositif stérile et apyrogène.

## INDICATIONS

Les dispositifs visco-élastiques ARTROVIAL sont indiqués pour maintenir  
l'espace endo-articulaire, réduire la douleur et rétablir la mobilité  
de l'articulation en remplaçant et en supplémentant l'élasto-viscosité du  
liquide synovial pathologique des articulations arthrosiques.

## CONTRE-INDICATIONS

ARTROVIAL ne doit pas être utilisé en cas de réaction d'hypersensibilité  
connue à l'un de ses composants.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

ARTROVIAL doit être utilisé en injection intra-articulaire.  
Il ne doit pas être utilisé en intra-vasculaire ou en intra-tissulaire.

