

# 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 (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° P19-0034633

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIMAAZ RAHAL

Date de naissance : 1943

Adresse : HABIT

Tél. : 0522532440 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/22

Nom et prénom du malade : Rimaa Zahra Age :

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

Nature de la maladie : MTA + goutte

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 : D. G. ROVA Le : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
18/10/22	8	1	159 eu	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الأبوين PHARMACIE AL ABAWAIN 800 H Lot. Al Wafa - Derona Tel.: 05 22 51 40 49	18/10/22	57,100 H

# 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 :

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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>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>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**reumadep**

30 Capsules



erbozeta



lanca

REUMADEP® Capsules  
Contenu 16,35 g

LOT:

PER:

PPC: 137.00 DH

1234  
05/2023

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Nom: .....

22  
Rimassi gahra

$$65,40 \times 3 = 196,20$$

20 Temonek 80/2,5 (SV)

31,30 Zylenc 200 (SV)

24 Zylenc 200

30,00 Zylenc 200 (SV)

30 Xenit 100g

137,00 Reumadep (SV)

4-1 Reumadep

452,10

Prochain rendez vous: .....

صيدلية الأبوين  
PHARMACIE AL ABOWAIN  
800 Lot. Wafaa - Deroua  
Tél: 05 22 51 40 49

DR AMEUR NAJISS  
MEDECIN GENERALISTE  
540 Lot. Wafaa - Deroua  
Tél: 05 22 53 27 53

540، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



6 118001 182350

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



6 118001 182350

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



6 118001 182350

Lot 10455  
Exp 02 2024  
Fab: 03 2021



Lot 10452  
Exp 07 2023  
ab: 08 2020



Lot 10453  
Exp 07 2023  
ab: 08 2020



LOT 221348  
EXP 05 2026  
PPV 31.30



LOT 211766  
EXP 07 2025  
PPV 31.30



ZYLORIC 200 mg  
Boite de 28 comprimés  
A.S.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT : 1357  
PER : 11/23  
PPV : 30,10 DH

LOT 211760  
EXP 07 2025  
PPV 31.30



ZYLORIC 200 mg  
Boite de 28 comprimés  
A.S.M. N° 62 DMP/21NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244