

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0006809

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R

Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah

Date de naissance : 06.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 Timin II Benekid

Tél. : 06.76.20.75.33 Total des frais engagés : 1909,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02.01.2023

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah

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

Nature de la maladie : HTA, D.N.I.S, Anxiété, Asthme

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 : Benekid Le : 03 / 01 / 2023

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
02/01/23	CA		150,0	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/01/2023 1759,20

# 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

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 :

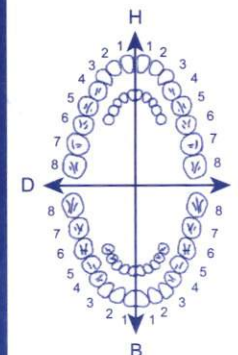
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

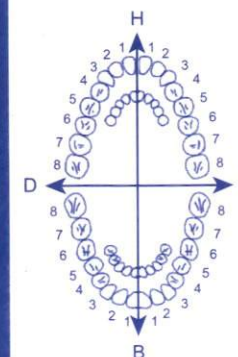
FIN D'EXECUTION

# 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

Me<sup>2</sup> 7115

الدكتورة منى تميم

الطب العام  
الفحص بالصدى  
طب الشغل

حاصلة على الدبلوم  
من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

ICE : 002027784000027

Berrachid, le

02-01-2023

۳۔ ہو شیکہ فی

posifeddine Al-Jelbi

Subial-160/5

AS

18/8 Constant

Planting solo tree

15

17 us / 8 lemn

3) Glucovance 500/2.5

AS

188 Lemtin

Laosyl 25

A 26 lesson

41. زينة طارق ابن زياد الطائي الأول برشد - الهاتف : 55 44 32 22 05 - المحمول : 49 48 45 76 06

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49



6) vigam gel (a 288)  
2x105mg  
1759,20 18/8  
le sui

AS

DOCTEUR MOUNA TAJANI  
OMNI PRATICIEN  
41 RUE TARIK EL OUZIAH ETC  
BERRECHIDJ TEL: 0522 32 44 1  
06 75 41 41 41

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

UT. AV: 09 2025 / P.P.V  
LOT N°: 6 N 7 4 2 9 / 23 10

UT. AV: 09 2025 / P.P.V  
LOT N°: 6 N 7 4 2 9 / 23 10

LOT N°:  
UT. AV: 22061  
12/24  
PPC (DH): 105,00

LOT N°:  
UT. AV: 22159  
01/25  
PPC (DH): 105,00

185,20

185,20

185,20

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - RFI  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS  
P.P.V. : 744DH00  
6 118001 081615

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH