

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-725299

146980  
 Optique  
 Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. BAL Walid

Chirurgien Urologue et Andrologue

511, Résidence Qods California

Im. GH 8 N° 12 Bd. El Qods, Casablanca

101275487

RELEVE 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
18/01/2023	CS		300 DH	<p>Dr. BAIWA Chirurgien Urologue et Andrologue 51. Résidence Ouds California Imm. GH 8 N°12 Bd. El Oued Casablanca</p>  <p>091275487</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2013	452,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>				INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>																			
				<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552																	
				D	00000000	00000000																	
				<hr/>																			
G	00000000	00000000																					
B	35533411	11433553																					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
<p><b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/></p>																							
<p><b>Montants des soins</b> <input type="text"/></p>																							
<p><b>Date du devis</b> <input type="text"/></p>																							
<p><b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/></p>																							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																							



Casablanca, le : 11/10/11/2023

Mr. Said yours

PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 70DH90

6 118000 060892

PRV 98DH80  
EXP 08/2025  
LOT 26056 11

1) Prefenid ~~SV~~ <sup>70,90</sup>  
rcply cp pdt maj

2) Neon yellow  
SV 160  
9880  
Lot. N-5-Ain Chok-Gesell  
GEL V  
Date x exp

3) Lekcja 0128 22,00  
~~2012-08-28~~

4) Colp-~~SV~~ op  $40^{\circ}$   
simply Lambria ptt 3)

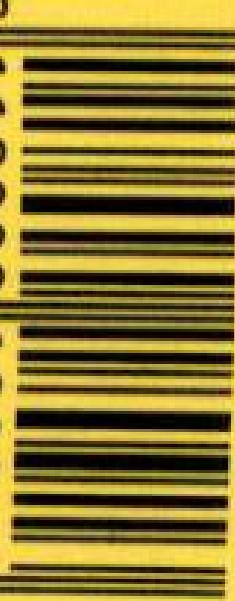
① U-  
② Octes 10  
~~55~~  
of 100g 600 g p.t. 10 (last - la 121,40  
~~55~~  
100g 99,40 Dr. BAI WATT  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
Résidé: Quqa California  
El Quqa Casablanca

511، الشارع رقم 12 القدس - الدار البيضاء  
العنوان: 511، الشارع رقم 12 القدس - الدار البيضاء  
511, Résidence Qods Californie, Imm. GH 4<sup>e</sup> étage N°12, Bd. El Qods - Casablanca  
Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 33 69 04 - Email : Gr valid bai@gmail.com

سیدول

باراستامول / كوديل

Cédol®  
20 Comprimés



6 118000 180913

ستنتدىك (S)

جنة 20

عن طريق الفم

22,00

LOT 221080  
EXP 02/2024  
PPV 121.40 DH

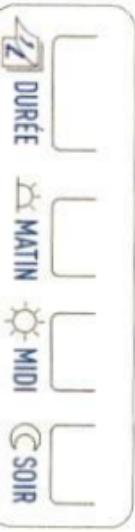


KOOPER

حببات ذات نحر يد معدن في كبسولات



LOT 211480  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

**oedEs®**  
oméprazole



**20 mg**  
Voie orale

  
**COOPER**