

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0044651

151697

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661390944 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : NANA RY SAMIRA Age :

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

Nature de la maladie : epigastalgie - prothèse

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
23 02 23	Q		150,00	Dr. Hamza JAMALI Médecin Généraliste 252, 1er étage - Lot. ALWAHDA Deroua - Tél: 0522 036 000

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA MONAGIRA Dr. Aoudia HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur PHARMACIE AL MADINA MONAGIRA Dr. Aoudia HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur	23-FEV-2023	65,00
	23-FEV-2023	577,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

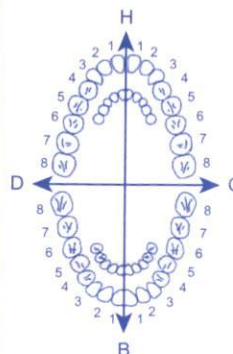
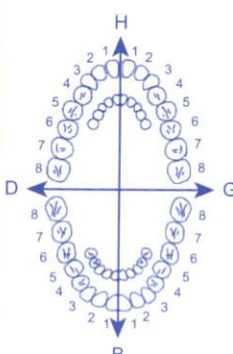
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# ORDONNANCE

Derou Le: 23/02/2021

Mme SAMIRA  
Novary  
Dr. Hamza JAMI  
Médecin Généraliste  
252, 1er étage, Lot. AL HANNA  
Deroua - Tél: 0522 53 94 01

6x53,20

1) Relaxol cf (S.V)

a - o - 2 x 2mg

2x22,50

2) Vastarel 80mg (S.V) x 2mg

a - o - 2

2x0,00

3) oestes 20, (S.V)

2mg

a - o - 2

T= 572,20

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA  
Dr. Aouatif HAMDOUN  
Lot. EA 257, Immeuble N°1  
Pôle Urbain de Nouaceur  
Casablanca - 05 22 53 94 01

Dr. Hamza JAMI  
Médecin Généraliste  
252, 1er étage, Lot. AL HANNA  
Deroua - Tél: 0522 53 94 01

LOT: 22E010  
PER: 03 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

LOT: 22E012  
PER: 11 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

LOT: 22E012  
PER: 11 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

LOT: 22E010  
PER: 03 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

LOT: 22E008  
PER: 03 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

LOT: 22E010  
PER: 03 2025  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

OEDES 20mg  
56 gélules

6 118000 082026

V.2

MR. 50

MR. 50

RECEIVED  
10/03/2025  
10/03/2025  
10/03/2025  
10/03/2025

# ORDONNANCE

Devenue le 23/02/2023

Mr/Mme Nouary SAMRA

65,00 Artol cream  
1 app x 2g



65,00

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA  
Dr. Aouatif ~~HAMDOUN~~  
Lot. EA 257, Immeuble N° 1  
Pôle Urbain de Nouaceur  
Casablanca - Tél. 0522 53 94 01

Cachet du médecin

