

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0029472

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAM RAM

CHAFAT

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi M. Bouf El Madi 96225 Casablanca

Tél. 0614294189

Total des frais engagés : 1315,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 04/03/2023

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MAHMOUD</b> KHALIL Meryem Saida III - Sidi Maârouf 3413522973981 - Casablanca Tél: 0004829800000026 Tél: 0004829800000026 INPE: 092040989	1.3.23	1315.40

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CCEFFICIENT 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		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
		H	H																
		25533412	21433552																
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION <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

M

Mme. KHALIL Meryem  
34, Lot Saâda III, Sid Maârouf  
Tél: 0522 07 26 26

34, Lot Saâda III, Sid Maârouf  
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca  
ICE: 000 1000000

ICE: 00048298000 0026

INPE: 092040989

# CASA

Le 1-3-23

# Facture

50

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	S-cure Fork	4960	4960
1	co-plexux	270.00	270.00
1	co-plexux	270.00	270.00
1	ideos	5340	53.40
1	cosyrel 10/5	13430	13430
1	sac 20/28	144.50	144.50
1	e sac 20/28	144.50	144.50
2	L.D. NOR	5780	11560
1	vita nevit	28.80	28.80
1	Mouonituf 20	1700	1700
1	Vescot LM	87.70	87.70
1	Anch R Prost Puch a la p... d. Puffe... Puzes DH 40ct.		1315.40



PPV: 49,60 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

LOT : 230051  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

entis Maroc  
at - R.P.1.  
ablanca  
mg/100mg

270,00 DH

1 082018

LOT : 221780  
EXP : 11/2025  
PPV : 57,80DH

53,40

Idéoc<sup>®</sup>

SYREL<sup>®</sup>

14011071

6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg-  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 134,30 DH  
Servier Maroc - Casablanca

LOT 220006  
EXP 08/24  
PPV 144DH50

LOT 220006  
EXP 08/24  
PPV 144DH50

28,30

20 ريريل

LOT 22444.1  
EXP 08/27  
P.P.V 17DH00

87,70