

# 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.

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-793779

155963

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 02739 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Non

Nom & Prénom : Dr. H. HOU

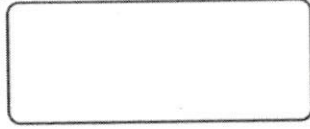
Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 7 Allée des Neffles Firdaous à Rabat

Tél. : 0661 09 8623 Total des frais engagés : 597 HOU

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : .....

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 03/04/23

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/23	56,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412 00000000              D 00000000 35533411           </div> <div>             21433552 00000000              G 00000000 11433553              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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'EXE

**Pharmacie Des Citronniers - Casablanca**

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allée des citronniers ain sebaa, casablanca



**Facture N° 20230404-864**  
Date de vente : 04/04/2023  
Médecin traitant :

**EL OURAOUI Mohammed**  
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONIFINE UE 1% 30ML SPRAY USAGE EXTERNE	1	56,00	TVA (7.00%)	56,00

Total HT	52,34 DHS
TVA	3,66 DHS
<b>Total</b>	<b>56,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-six DHS**

PHARMACIE DES CITRONNIERS  
Dr. ELOUATTASSI RABAB  
29, Bis Allée des Citronniers  
Ain Sebaa - Casablanca  
Tél: 05 22 34 46 70

# ONIFINE® 1%

## Terbinafine

Solution pour pulvérisation  
cutanée



Flacon de  
30 ml



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

التركيبية :

التربينافين على شكل كلوريدات ..... 1 غ  
المسوغات q.s.p. 100g  
المسوغات ذات التأثير المعروف: بروبيلين  
غلوكول

لواحي الاستعمال و المقادير :  
الامتثال لوصفة الطبيب

المحافظة :  
يجب الاحتفاظ به في درجة حرارية لا  
تتجاوز 30 درجة مئوية  
لا يجب تركه في متناول الأطفال

شروط الاستعمال  
أنظر إلى النشرة داخله  
عن طريق الجلد  
لا يبلغ

AMM N°: 295/19 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يصنع و يوزع من طرف :

مهد الصيدلة

مد. ب. 4491 - 12100 عين العوده - المغرب

الصينلي المسؤل: مربة الصدراتي

