

## 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 Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-007383

56358

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZOUBAÏ MOHAMED  
Date de naissance : 31/12/1955  
Adresse : CITE EL HANK - Imm 1 - Apt. 17  
CASABLANCA  
Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 268,20 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAKHAWINE Dr GHAZLAOU Laila Sot Alakhawine Had Souak Tel : 06 22 96 35 27	31-03-23	268,20

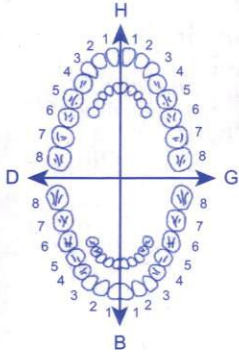
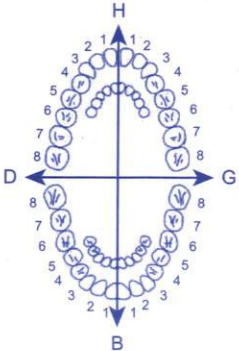
[illegible][illegible]

# 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														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	G

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL AKHAWINE

facture: صيدلية الاخوين

SAHIB EDINE FADILA,

Le 31-03-2023

Produits	Prix	total
3 tenaxtic 50/12.5	65.40	196.20
4 chifermine 850	18.00	72.00

total 268.20

Pharmacie AL AKHAWINE  
Dr GHAZLAOUI Laila  
36 Lot, Alakhawine Had Soualem  
Tél: 05 22 96 35 12

Pharmacie AL AKHAWINE  
Dr GHAZLAOUI Laila  
36 Lot, Alakhawine Had Soualem  
Tél: 05 22 96 35 12

Pharmacie Al Akhawine,  
Dr GHAZLAOUI Laila



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH  
6 113001 182350

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH  
6 113001 182350

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH  
6 113001 182350

P.P.V 18DH00  
PER 02/26  
LOT M481

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276



P.P.V 18DH00  
PER 02/26  
LOT M481

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276



P.P.V 18DH00  
PER 02/26  
LOT M481

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276



P.P.V 18DH00  
PER 02/26  
LOT M481

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

