

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

M23-002789

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2482

Société :

AGOUSSA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADDEL

Abdelmajid

Date de naissance :

18.04.52

Adresse :

23, Rue Houssou Habib. CASA - Haouatif

Tél. :

0661 31 15 42

Total des frais engagés :

1850,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

12 MAI 2023

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

ACCUEIL

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 : 12/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MERCURE Selim Tazi 2 Rue A. Woroou Casablanca Tél: 0522 22 46 26	12/5/23	1850,50

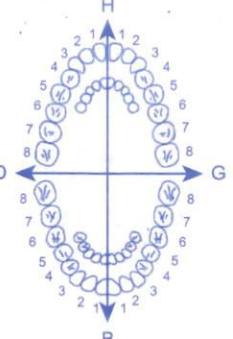
## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Cardiacaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	6 118001 090280	Cardiacaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	6 118001 090280
Maphar Bd Alkimia N° 6, Ql. Sidi Bernoussi, Casablanca Forxiga 10 mg cp pell b28 P.P.V. : 419,00 DH	6 118001 185023		

Cachet et signature du Praticien	SYNTHEMEDIC	SYNTHEMEDIC	SYNTHEMEDIC
	22 rue soubeir bniou al aouam roches noires casablanca INEXUM	22 rue soubeir bniou al aouam roches noires casablanca INEXUM	22 rue soubeir bniou al aouam roches noires casablanca INEXUM
	20 mg Boîte 14 640150MP/21NRO P.P.V. : 82,10 DH 6 118001 020591	20 mg Boîte 14 640150MP/21NRO P.P.V. : 82,10 DH 6 118001 020591	20 mg Boîte 14 640150MP/21NRO P.P.V. : 82,10 DH 6 118001 020591

## RELEVE 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	Coefficent	  <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**



**MONTANTS DES SOINS**



**DEBUT D'EXECUTION**



**FIN D'EXECUTION**



**CCEFFICIENT DES TRAVAUX**



**MONTANTS DES SOINS**



**DATE DU DEVIS**



**DATE DE L'EXECUTION**



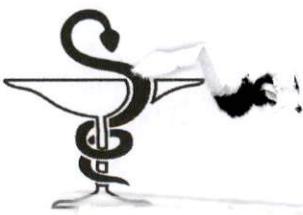
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

**FACTURE**

Page :1

N° FAC  
Date : 1

73,40

73,40

Client :

ADEL ABDELHAMID

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
FORXIGA 10MG	1	419.00	419.00
JANUMET 50/1000 MG 56 COMP	1	437.00	437.00
EXFORGE 10/160 MG/28 COMP	2	273.00	546.00
CARDIO ASPIRINE 30 COMPRIMES	2	27.70	55.40
SIMVACOL 40MG/28 COMP	2	73.40	146.80
INEXIUM 20 MG/14 COMP	3	82.10	246.30


**Pharmacie MERCURE**  
 Docteur Selma TAZI  
 2 Rue Al Wouroud Casablanca  
 Tel: 0522 27 46 26



Distribué par MSD MAROC.  
 AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
 P.P.V: 437,00 DH.

Total TTC = 1850.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE HUIT CENT-CINQUANTE- DHS 50 CTS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL:0522274626

TP: 34207111 IF: 53574612 RC: 570891 CNSS: 1513648 ICE: 003216012000039 INPE: 092042365