

# 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.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 002832

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04452 Société : 161646

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LIMOUNI BOUAD

Date de naissance : 07-06-59

Adresse : Benglimane BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 399,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr HAMMI Salah Eddine  
Interniste  
Imm 71, appt. 1 Hay Almaghreb Alarabi  
Av. Tarik Ibn Ziad, Témara  
Tél : 05 38 95 95 91 / INPE : 101 222 594

Date de consultation : 17/05/23

Nom et prénom du malade : AMRANE Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Cholestérol / Apathie

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 : 17/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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	
07 MAI 2023	1	1	300,00		Dr HAMMI Saleh Eddine Interneiste Imm.71, appt.1,Hay Almaghreb Alara Av. Tarik Ibn ziad, Temara Té : 05 38 95 95 91 / INPE : 101 222 594

Pr HALL Interniste  
Imm.71, appt.1,Hay Almaghreb Alarabi  
Av. Tarik Ibn ziad, Temara  
Tél : 05 38 95 95 91/INPE : 101 222 594

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU MAGHREB</b> <b>ALEKSANDRA KOKOREVA</b> Docteur en pharmacie Bay Lalla Meriem Bloc D 248 n°2 Benslimane - Tél : 0523296633	17/05/23	99,00

17/05/23

99.00

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

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

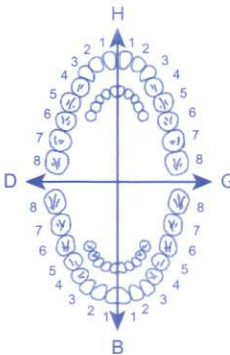
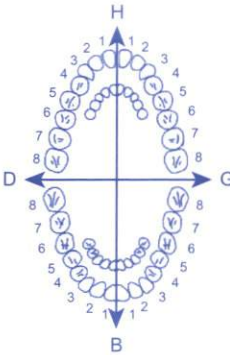
### Montant détaillé des Honoraires

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/>           00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

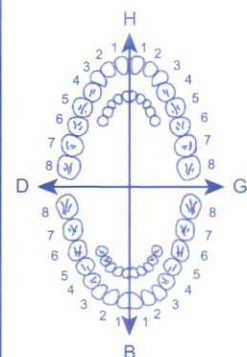
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



H

25533412	21433552
00000000	00000000
D ————— G	
00000000	00000000
35533411	11433553

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

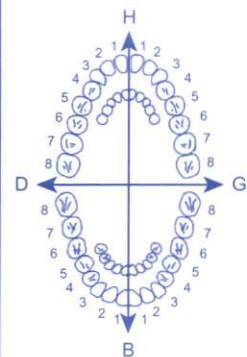
**(Création, remont, adjonction)**

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

## Pr. Salah Eddine HAMMI

Spécialiste en Médecine Interne

Ex-Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie

Ex-Médecin Lt-Colonel à l'Hôpital

Militaire Mohammed V de Rabat

Ex Médecin Interne au CHU Avicenne de Rabat



البروفيسور صالح الدين حمي  
اختصاصي في الطب الباطني

استاذ. بكلية الطب والصيدلة سابقا  
طبيب. ل. كولونيل بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط سابقا  
طبيب داخلي بالمركز الإستشفائي ابن سينا سابقا

TEMARA le : 17/05/2023

Mme AMRANI RACHIDA

Pr HAMMI Salah Eddine  
Interniste  
Imm.71, appt Hay Almaghreb Alarabi  
Av. Tarik Ibn Ziad, Témara  
Tél : 05 38 95 95 91 / INPE : 101 222 594

### ORDONNANCE

**LAROXYL GTTES**

5 GTTES LE SOIR pdt 05 jours

10 gouttes pdt 03 mois

**BEDELIX SACHET**

1 s x 3 /j après repas pdt 01 mois

**OEDES 20 MG**

1 GEL/ JOUR pdt 01 mois

**ALFLOREX**

1 GEL/JOUR pdt 01 mois

**ALGANTIL CP**

1 cp matin, midi et soir en cas de besoin

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

PHARMACIE DU MAGHREB  
ALEKSANDRA KOKOREVA  
Docteur en pharmacie  
Hay Lalla Meriem Bloc D 248 n°2  
Benslimane - Tél : 0523296633

Pr HAMMI Salah Eddine  
Interniste  
Imm.71, appt Hay Almaghreb Alarabi  
Av. Tarik Ibn Ziad, Témara  
Tél : 05 38 95 95 91 / INPE : 101 222 594

العمارة رقم 71، الطابق الأول - حي المغرب العربي، شارع طارق ابن زياد - تمارة

Imm 71, 1er Etage - Hay Al Maghreb Al Arabi, Av. Tarik Ibn Ziad - Témara

Tél. : 05 38 95 95 91 - GSM : 07 00 22 00 01 - E-mail : hammi.interniste@gmail.com