

# 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

- 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- 0052146

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0950 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HILAL DRISS  
 Date de naissance : 19/3/1950  
 Adresse : H. 82 EL WAFI ANHI DEROUA 0/2 26200  
 driss.hilal50@gmail.com  
 Tél. : 0672934544 Total des frais engagés : 150 + 648 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Smail MALKI**

Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua  
 Fix 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Cachet du médecin :

10 MAI 2023

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Saoudi A. Cher Age : 11/12/2023  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : /  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie présente 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 : Droua Le : 10 / 5 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : HILAL

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
10/05/2023	CS	15	1500

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUBOUMA 244, rue de la Liberté 10000 Tél: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57 INPE: 061240933	10/05/23	648,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 :

Veillez 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> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
		<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		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.

الدكتور سماعيل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

**ORDONNANCE**

10 MAI 2023

DEROUA, le : .....

**Dr. Smail MALKI**

Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua

Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Arch.

Singate

187.7

4.000 - 80

8.

3 x 19.90

187

notion 1.5/1

3 x 19.90

PHARMACIE EL OUMMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix: 05 22 53 20 54

1/3/

ALCOXIA 60

1/3 x 14j

**Dr. Smail MALKI**

Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

608,00

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

AM 450/16DMP/21/NT0  
P.P.V : 221,00 DH  
Distribué par MSD Maroc

PPV  
187DH70

14011124



6 118001 130184

**NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg**  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



PPV : 79,90 DH  
30 comprimés à Libération Modifiée  
**NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg**



14011124



6 118001 130184

**NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg**  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 221,00 DH  
AMM 450/16DMP/21/NT0