

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

MUPRAS M22- 0029764  
RECEPTION 9

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUDDEN HASSAN

Date de naissance : 25-12-1960

Adresse : 15 Boulevard E. DE ROUA

Tél. 0664315278 Total des frais engagés : 1040,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 Mai 2023

Nom et prénom du malade : ELMOUDDEN HASSAN Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection

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 : DHARR

Le : 18/05/2023

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
02 Mai	mbs		200.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUA 244 Jomsemment el wafaa Dereza Fix : 05.22.53.20.25	25.03	840.6

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

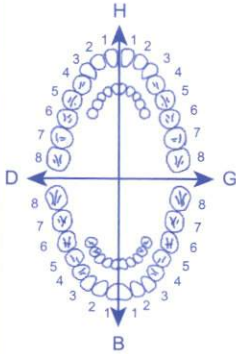
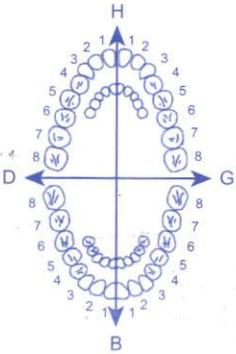
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de remplir 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															
				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	<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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXECUTION



**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طبيب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء  
جراحة المياه البيضاء [الجلالة]  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر بالليزر  
زراعة العدسات  
أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

02 mai 2023

**Mr. EL-MOUDDEN Hassan**

*10x6*  
**TRAVATAN COLLYRE**

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois  
6 boîtes

**CELLUVISC COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

*8h, 10h, 16h*  
**Dr. ELBAKKAL RACHA**  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhoulouf N° 2  
Casablanca - Tel: 05 22 53 11 11



PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura



PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura

PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura



PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura



PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura



PPV : 140.10 DH  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
Laboratoires Sothema Bouskoura

