

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0047150**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10573 Société : A62518

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EL AICH AED

Nom & Prénom : EL AICH AED

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0666 95 86 91 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : EL AICH ABDELMOED

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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° : A-A-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



# 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
12/05/23	CS		3000	<p>Dr. CHAALAL</p> <p>Ophtalmologiste</p> <p>114, Bd. Mokhtar El Ghazali</p> <p>Sernoussi, Casa - Tél: 0522 20 15 50</p>
25/05/23	CFA H.N		2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12.05.23

2200

26/05/2023

2500

# 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

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

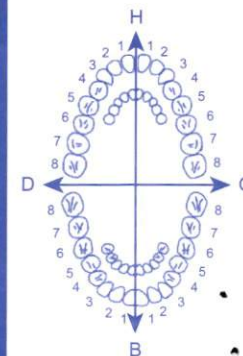
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

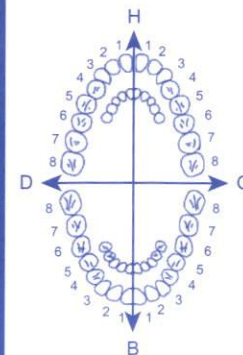
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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



PT230512092913

26 mai 2023

**Mr E LAICH MOHAMMED**

**Traitement de**

**OPHTALMED  
PPC  
99.00 DHS**



**أيكومب  
Icomb®**

Lot: 2 F 0 1 4 2  
Fab: 0 5 2 2  
Exp: 0 5 2 4

PPV: 30 DH 30

**أيكومب  
Icomb®**

Lot: 7 L 0 3 2 0  
Fab: 1 0 2 2  
Exp: 1 0 2 4

PPV: 30 DH 30

**1/ XAILIN WASH /compresses Steriles**

1 lavage x 2/j pendant 2 semaines

**2/ ICOMB COLLYRE**

1 goutte x 6/j pendant 1 semaine , puis x 3/j pendant 1 semaine , puis x 2/j pendant 1 semaine , puis x 1/j pendant 1 semaine

**3/ TOBRADEX pommade**

1 fois /j soir pendant 1 semaine

**4/ PANSEMENT OCULAIRE**

A changer chaque matin

**5/ SPECTRUM 250 mg**

1 cp x 2/j pendant 5 jours

**TOBRADEX®  
POMMADE OPHTALMIQUE**  
0.3/0.1%  
Boîte de tube de 3.5 g PPV: 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602  
690206 MA



**LOT 221578  
EXP 10/2025  
PPV 51.40DH**



242

20-2302  
24-04-2022  
10000001

REF OPHOCO.100

BTRO01V3

D.m.a: 01/2022

1/2





PT230512092913

12 mai 2023

**Mr E LAICH MOHAMMED**

22,00

**SICCAPROTECT : collyre co**

1goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

**Dr. CHAMIM Hicham**  
114, Ophtalmologie  
Bd. Mohamed El Bahadoui  
Bordj - Tél: 05 22 73 76 50

22,00

**LA PHARMACIE REGIA**  
Dr. SA  
Imm. 94, Lot 10  
Tél: 05 22 51 97 07

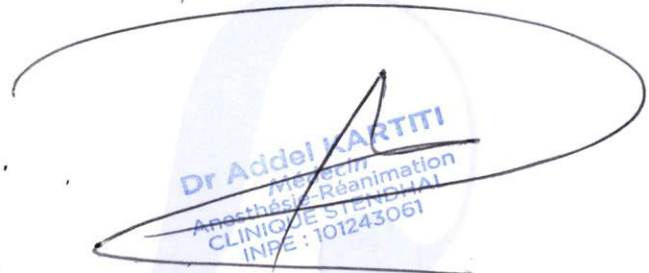


**INPE : 06 20 74 81 81**  
Tél: 05 22 51 97 07  
Imm. 6, 9, Lot 10  
LA PHARMACIE REGIA  
Bd. Mohamed El Bahadoui  
Bordj

Casa le 25/05/23

N<sup>r</sup> E Laïch Mohammed

Consultation pédiatrique

  
Dr Abdel KARTITI  
Médecin  
Anesthésie-Réanimation  
CLINIQUE STENDHAL  
INPE : 101243061

**CLINIQUE STENDHAL**  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

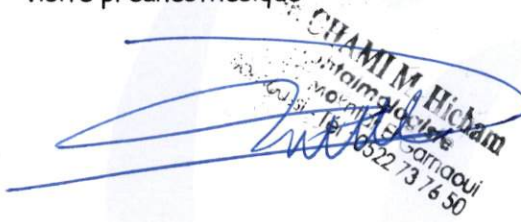


PT230512092913

12 mai 2023

**Mr E LAICH MOHAMMED**

visite préanesthésique

  
CHAMM Hicham  
Mohammed  
Tél : 0522 73 76 50

  
CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal SC  
Casablanca  
Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

# F A C T U R E

N° 5 890 / 2023 du 25/05/2023

Nom patient	<b>E LAICH MOHAMMED</b>	Entrée 25/05/2023	Sortie 25/05/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*CPA*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CPA	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total</b>				<b>300,00</b>

	<b>Total général 300,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

  
 18, Avenue Stendhal, Casablanca  
 Tel : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51