

# 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 re...

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- 0058774

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9053 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mostafa Bellakoul

Date de naissance : 16/05/88

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HABIB Ahmed**  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
Tél: 05 23 40 12 12  
147 Bd Abderrahmane Skiroj  
Settat

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Salma Bellakoul Age:

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

Nature de la maladie : Levers due à syphilis

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.

Exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare  
la responsabilité relative à la protection des données personnelles.

Le : 21/05/23



# 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
15/05/23		(	80,921	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SANTE 171 Bd 3 Mars Qt El Kheir Sétif Tél: 05 23 12 23 70 INPE: 062059308	15/05/23	245,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

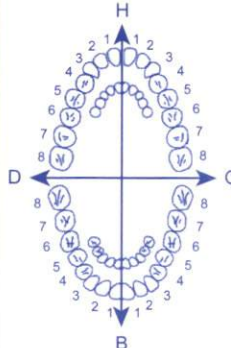
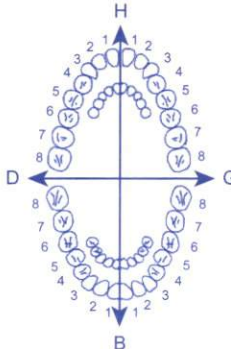
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de 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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

....., Le : .....

Nom : ..... 15/05/23 .....

Age : .....                      .....

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Colprone 5mg cp b20

P.P.V : 52,20 DH



147 Bd Abderrahmane Skiraj  
Tél: 05 23 40 12 12  
Médicine Générale  
Echographie Générale

15/05/23 **Ahmed**  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
Tél: 05 23 40 12 12  
147 Bd Abderrahmane Skiraj  
Settat

PHARMACIE LA SANTE  
13 Mars 2023  
Tél: 05 23 72 23 70

57,00

33,00

39,50

64,00

52,20

Chaynou 5005

I stoeine 2000

Nomy 1

Concertin

Colprone

100/4  
11  
2000  
100/4  
100/4

1/1  
Ere  
2g/1  
11 2g

SV  
SV  
SV  
SV  
SV

Cachet

LOT :  
PBR : 64,00  
FPV :                     

**Ahmed**  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
Tél: 05 23 40 12 12  
147 Bd Abderrahmane Skiraj  
Settat

1245,70

# ISTACYNE<sup>®</sup> 200 mg

doxycycline

voie orale



PPV 3340 PERI 09/25  
LOT F9540 PERI 09/25

10 comprimés



57,00

# ديسينون<sup>®</sup> 500 ملغ

إطامسيلات

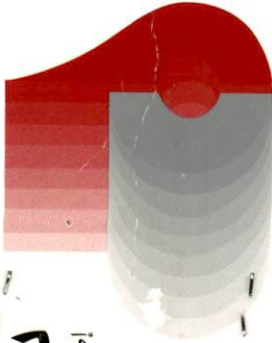
20 قرصا

**dicynone<sup>®</sup> 500 mg** 

Etamoxylol  
20 comprimés



6 118000 061175



# نوميك 150 ملغ

فلوكونازول

2 برشامات  
عن طريق الفم

LOT 224628

EXP 10/25

PPV 39DH50



**Ce médicament + GROSSESSE = DANGER**

 Ne pas utiliser chez les filles adolescentes, femmes en âge de procréer ou enceintes, sauf en cas d'échec des autres traitements ou en l'absence d'alternative thérapeutiques.

أفريك - فار  
AFRIC-PHAR