

# 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- 54868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BARRANE HAMID  
 Date de naissance : 31/05/1963  
 Adresse : 27 Rue BAHAE SANJARI  
 Tél. : 0709873904 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 31/05/2023

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ET PARAPHARMACIE</b> ROUTE D'EL JADIDA 240, BOULEVARD EL MOUDANI Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	26-05-23	49,70
<b>PHARMACIE ET PARAPHARMACIE</b> ROUTE D'EL JADIDA 240, BOULEVARD EL MOUDANI Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	25-05-23	45,30

### 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.

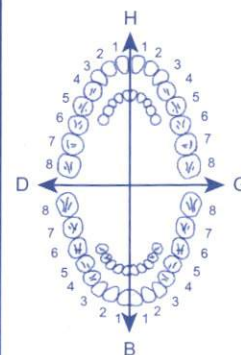
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
240 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA TEL:257825/253961  
ICE:000093373000056  
RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

25/05/2023

F A C T U R E N° 1983  
-----

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	D E S I G N A T I O N	P P V	MONTANT
1	BUTOVENT AEROSOL HFA	45.30	45.30
MONTANT FACTURE			45.30

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUARANTE CINQ DIRHAMS 30 CTS

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brehim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

Lot n°: 0008M157  
Pér.: 10-2021

P.P.V: 45 DH 30

٥٠  
بتوفن®

رشاش مقياس الجرعات  
ه.ف.أ.

100 ميكروغرام / جرعة

200 جرعة

**Butovent®**

Salbutamol sulfate

**Aérosol doseur**

**H.F.A**

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
240 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA TEL:257825/253961  
ICE:000093373000056  
RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

26/05/2023

## F A C T U R E N° 1984

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	D E S I G N A T I O N	P P V	MONTANT
1	OSMOSINE SIROP	34.00	34.00
1	TOPLEXIL SIROP	15.70	15.70
MONTANT FACTURE			49.70

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUARANTE NEUF DIRHAMS 70 CTS

LOT: 28E005  
PER: 01/2025  
TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V: 15DH70  
6 118000 060901

PHARMACIE ET PARAPHARMACIL  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

# OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Traitement symptomatique  
de la constipation

**OSMOSINE®**



Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054

AMM N 05 DMP/21/NRQ

260 ml

**Suspension**

**Voie Orale**

PPV  
34DH00