

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 78



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

## Declaration de Maladie

N° W21-809271

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0012961 Société : R A N  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BASAI Jouness  
Date de naissance : 16/07/77  
Adresse :  
Tél : 0660 96 4106 Total des frais engagés : 528,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/23  
Nom et prénom du malade : BASAI Jouness Age : 8  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection de la dent  
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 : Casa Le : 10/07/23  
Signature de l'adhérent(e) :

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/01/23	C3		4300 F	INP : 081092107 <b>Dr. Z.N. LARAQUI</b> Professeur Université Fatick Diallo Faculté de Médecine

Dr. Z.N.LARAQUI

Dr. Z.N. LARA  
Professeur  
Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie  
Bir Anzarena Maarir-Casablanca  
Tél. 0522 25 75 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur - Casa	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie ALPHASSI</b> S.A.R.L. 2061210, Massara Dr. Laroussi Larfa ICE: 000.204.383.0000.86 NPE: 092.06.19110</p>	05/07/2023	228,75 DH

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur - Casa

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

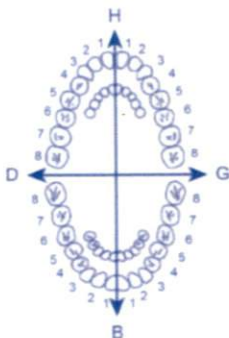
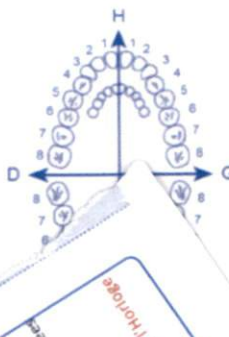
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

ONT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Important :  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :                     

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

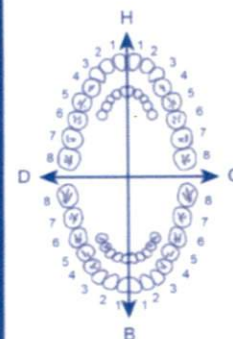
FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

## NT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

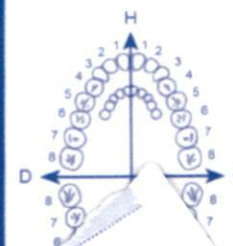


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



ف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمم  
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Ce  
Exploration du Vertige, de la Surdité et

**Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI**  
Professeur Agrégé  
ORL - Chirurgie du Cou  
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement  
Esthétique la face  
Injections et Comblement  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Allergologie

PPV (DH) :

Lot N   :

UT. AV :

**BRUFEN**®

100 mg/5 ml Ibuprofène

  مراض الاذن وال  نف والحنجرة والشخير  
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك  
تقويم الدوار والصمم  
  مراض الحساسية

Casablanca le 05/07/2023

**Enfant BASRI Ines**

93,40x2 **Ofiken 100 mg enfant**

1 dose poids matin et soir pendant 5 j

22,50x1 **Brufen Sirop**

Deux cuillères mesure 4 fois par jour

19,40x1 **Polydexa auriculaire :**

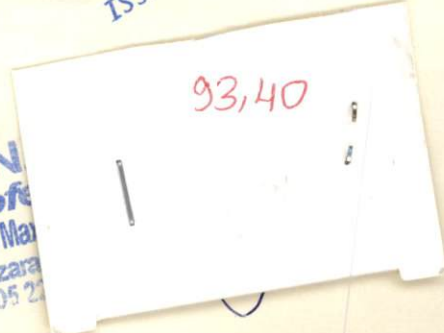
2    3 gouttes dans chaque oreille matin et  
soir pendant 5 jours.



228,70 DH

Pharmacie LAROUSSI  
Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI  
S.A.R.L.  
119 Bd Bir Anzarane, 20630 RAMZI, CASABLANCA  
INPE: 092.06.19.10  
ICE: 001634075000037

**Dr. Z. N. Prof**  
O.R.L. Chirurgie Max  
119 Bd Bir Anzarane  
05 22 25.72.72



119, شارع بئر   نزران   قامة رمزي, (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2  me étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 -    : 05 22 25.72.72

E-mail : laraquizeelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874