

**COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.



**Déclaration de Maladie**

M22- 0037560

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 506 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : BENBENNA JILALI  
 Date de naissance : 01.01.1942  
 Adresse : HABITIQUE  
 Tél. : 0665118451 Total des frais engagés : 852,00 - Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 13/05/2023  
 Nom et prénom du malade : M. SAFWAN ZOHRA Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : TAD / H22 OPG  
 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 : Casa      Le : 18/07/23  
 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
13/05/23	C1	1	300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/05/23	110,70
	18/05/23	112,8

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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"/>															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRE</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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. QARFA Driss

الدكتور القرفة إدريس

OPHTALMOLÔGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LACRYMALES.LASER.ANGIOGRAPHIE



أخصائي أمراض وجراحة العيون  
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع  
أنجيوغرافيا - الليزر

Casablanca, le 23/05/2013 في الدار البيضاء.

*Handwritten signature: Dr. QARFA Driss*

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A A 0 1 2 8  
Fab: 0 1 2 3  
Exp: 0 1 2 5  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Z 1 0 1 2 4  
Fab: 1 2 2 2  
Exp: 1 2 2 4  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Z 1 0 1 2 5  
Fab: 1 2 2 2  
Exp: 1 2 2 4  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Z N 0 0 5 1  
Fab: 1 2 2 2  
Exp: 1 2 2 4  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: Z 1 0 1 2 5  
Fab: 1 2 2 2  
Exp: 1 2 2 4  
P.P.V : 110 DH 70

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au proc

الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

شارع 295

P.P.V : 110 DH 70

Casablanca - 05 22 56 21 77