

# 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.

## 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'Ho  
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

M23-010530

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : 169179  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENTASS ABDELHAFID  
Date de naissance : 08/03/54  
Adresse : LOT 125 TRANCHE D LMAJNA LTABIAA  
SIDI OTHMANE CASABLANCA  
Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 2220,70 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

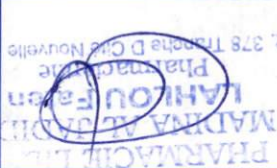
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

	20/07/2023	1620, 50 DA.

# 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

	20/07/23					600

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

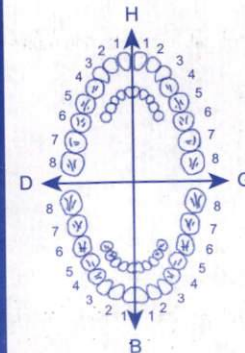
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

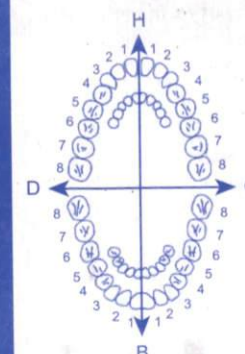
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# FACTURE N° 43

Lot 078 Tranche D Cité Nouvelle - Casa

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

M Benyass Abdelhadi

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
1	Kardexic 160mg	35,70	35,70
1	Co-plavix 75/150	270	270
1	Lauter 150/50	744	744
1	Novorapid 50/50	571	571
Total = 1620,70			
Hille six cent vingt et dix heures et soixante dix centimes.			
INP 092073170			
ICE: 000025465123257			



LOT : 231E003  
PER-01 2025

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sebaâ Casablanca

Ceplavix 75mg/100mg

530 cp

P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V : 744DH00



6 118001 081615

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-73-270-2

0518-0669-11



# FANNANE MEDIC

Consommable médical & Chirurgical  
Orthopédie- Cosmétique

SARL

Facture N°115/2023

Date 20/07/2023

BENYASS ABDELHAFID

CASA

Désignations	Qté	PU HT	Montant HT
<b>BANDELETES CODE FREE BOITE DE 50</b>	04	125,00	500,00
<b>ICE 000213165000040</b>			

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE  
SIX CENT DHS

TOTAL HT	500,00
TVA	100,00
TOTAL TTC	600,00

FANNANE MEDIC  
Bd. Mohamed Bouziane Rés Farhatine  
Imm5, Mag 101 - Casablanca  
Tél : 0522 38 72 43

Bd Mohamed Bouziane Résidence Farhatine Imm5 Mag 101 CASA

Tél/Fax : 0522 387243

RC : 233995-- PATENTE : 37290170 -- IF : 40262314 -- CNSS : 8706999

ICE 000213165000040