

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-824442

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2297 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALLAL TAREK

Date de naissance : 11-02-1971

Adresse : 16, rue Sukhrawi, CPST

Tél. : 0661 92 67 23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : LAABAE Meryem Age : 42

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

Nature de la maladie :

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 : 03 / 11 / 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CAP Dr. Hind Ben Moussa Rue Al Oukouar Tél : 05 22 39 8	25/10/2024	323,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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 : 24014788														
		Congulatum	DS	COEFFICIENT DES TRAVAUX 15														
				MONTANTS DES SOINS 200														
				DEBUT D'EXECUTION 24/10/23														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 24 octobre 2023

ORDONNANCE

Nom du patient :

PPC : 29,00 DH  
Lot : S17082320T  
D.PER : 17/08/2026

1- SAPHIR 1g  
1 sachet 2 fois par jour pendant 7 jours  
à commencer la veille de l'intervention

2- Inexium 40mg  
1cp par jour pendant 7 jours  
à commencer le matin de l'intervention

3- Predni 20mg  
3cps en une seule prise par jour pendant 3 jours  
à commencer le matin de l'intervention

4- Andol 1000  
1cp immédiatement après l'intervention  
puis, 1cp en cas de douleurs, sans dépasser 3 par jour

5- Eludril (BB) ou Sourident (BB)  
3 fois par jour après brossage pendant 7 jours  
à partir du lendemain de l'intervention

SYNTHEMEDIC  
22 rue zouhair bnou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boîte 14  
E41750MP 21ARC P.P.V. 123 60 DH  
6 118001 020807

ANDOL  
PARACETAMOL  
Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets

EXP :  
LOT N°:

PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Boumoussa  
1 Rue Al Okhouane  
Tel : 05 22 39 83 73

SIGNATURE



PPV: 116DH00  
PER: 05-26  
LOT: M1647

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

Facture N° FAC-16783  
Date : 25/10/2023

Laabar Meryem  
Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
SAPHIR ST 1G/125MG B16 SACHETS	1	116,00	116,00
INEXIUM CO 40MG B14 COMP MR	1	123,60	123,60
PREDNI CO 20MG B20 COMP EFFER	1	40,00	40,00
ANDOL CO 1G B8 COMP EFFER	1	14,50	14,50
SOURIDENT BAIN DE BOUCHE 125ML	1	29,00	29,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	323,10 DHS
Total	323,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent vingt-trois DHS et dix centimes

PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Benmoussa  
1 Rue Al Okhouar  
Tel : 05 22 39 87