

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 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

M23- N° 0043724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed 198168  
Date de naissance : 22/07/57  
Adresse : 81, Rue Larache App 18 CASA 2020  
Tél. : 0662103375 Total des frais engagés : 836,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2024  
Nom et prénom du malade : BERDAI Mohamed Age: 62  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucoma  
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 : 08/03/2024  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PP4FR05/V2 / 20-10-2023



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/02/2024      |                   |                       | 30,900                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DU JASMIN<br>Mme. LAMRANI Rajaa<br>61, Avenue 2 Mars - CASA<br>Tel: 05 22 81 17 67 | 28.02.24 | 536,70                |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

Monoprost®

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

icrogrammes/ml  
ition en récipient unidose  
Latanoprost  
30 x 0,2 ml

Monoprost

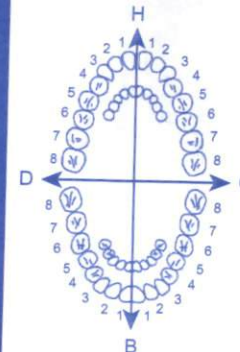
Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

LISTE DES EXCIPIENTS :  
Hydroxystéarate de macroglycérol 40 (pour plus d'informations voir la notice), sorbitol, carbomère 974P, macrogol 4000, édétate disodique, hydroxyde de sodium et eau pour préparations injectables.

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH  
6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost®

50 microgrammes/ml  
lyre en solution en récipient unidose  
Latanoprost  
30 x 0,2 ml



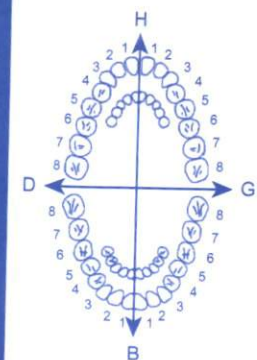
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

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



D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIIM6

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



230809123425AF

## ORDONNANCE

28 février 2024

Bouskoura, le :

**Mr BERDAI MOHAMED**



### MONOPROST

1 goutte une fois par jour le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

536,70

صيدلية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 81 17 67

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA  
Ophtalmologie



091261800