

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° M21- 070124

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société : 90944

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALI FAROUK

Date de naissance : 1946

Adresse : Résidence EL HAMD - FARAH SELEM

Tél. : 0644282498 Total des frais engagés : 623,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2024

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BATHIA Age : 73

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : CASABLANCA

Le : / /

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 |
|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 14/10/21<br>28/10/21 | Copie<br>Copie    |                       |                                 |                                                                |
|                      |                   |                       |                                 |                                                                |
|                      |                   |                       |                                 |                                                                |
|                      |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



14/10/21

623,50

# 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  
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

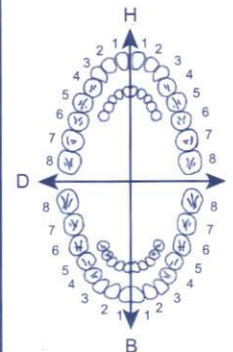
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# 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  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

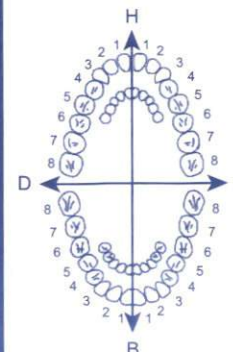
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le jeudi 14 octobre 2021

Casablanca, le :

**Ordonnance médicale**

**PATIENT :** EL ALAOUT Bahija

**TRAITEMENT :**

**1/ Monoprost collyre :**

1 goutte à 22 h OD seul sans arrêt

**2/ Dorzimol collyre :**

1 goutte matin et soir à 9h et 21h OD sans arrêt

**3/ Eole Dual collyre :**

1 goutte 4 fois par jour aux deux yeux et au besoin sans limites  
et sans arrêt

**4/ Lotemax collyre :**

1 goutte 4 fois par jour OG seul pendant 10 jours

Puis 1 goutte 3 fois par jour OG seul pendant 10 jours

Puis 1 goutte matin et soir OG seul sans arrêt

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH  
AMM Maroc N° 496/17 DMP/23/NN  
6 118001 072583  
Distribué par le laboratoire SOTIEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

PPV : 110,70 DH

PPV : 110,70 Dhs

**Dorzimol<sup>®</sup> 20mg/ml + 5m**  
Dorzolamide/Timolol

PPV : 110,70 Dhs

**Dorzimol<sup>®</sup> 20mg/ml + 5mg/ml**  
Dorzolamide/Timolol  
Flacon de / Bottle of 5 ml

Distribué par Zenith Pharma  
AMM Maroc N° 175/15 DMP/21/N  
PPV = 112,50 DH

Lotemax is a trademark of Bausch &  
or its affiliates.

© 2019 Bausch & Lomb Incorporated

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii.

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tel. / Fax : +212 522 00 44 66 www.fekun.hk.ma