

# RECOMMANDATIONS 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.

## 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.

## Éducation :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [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)

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

RIPUT. w 8485

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0024373**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : RAM 05543 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ROKHA SA Younes Date de naissance : 25-06-1963

Adresse : 6 Rue Bayroute Lot Irakia Berrechid

Tél. : 0677857691 Total des frais engagés : 9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mostafa LOUAHLIA  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Méd. V. el Yacoub Al Mansour  
Berrechid - Tél. : 0522 33 66 41

Date de consultation : 8/10/2019

Nom et prénom du malade : Rokha SA Younes Age : 56

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 : Berrechid

Le : 13 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية العراق	8/10/19	156,40
Pharmacie EL IRAKI	15/10/19	116,00
Youssef EL IRAKI	25/10/19	116,00
Rue Dakla - BERRECHID	07/11/19	116,00
Tél: 0522/32 83 45		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Acheteur et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	
	-	consultation C		COEFFICIENT DES TRAVAUX $C + D_{46}$
	-	R* roots D16		
	45	ext D10		MONTANTS DES SOINS 9500
	18	ext D10		
	38	ext D10		DEBUT D'EXECUTION 8/10/19
				FIN D'EXECUTION 7/11/19
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

## ORDONNANCE

le : 07/11/2019.

M<sup>r</sup>: Rokhssa. Youssef.

M600 → Zmax . 1 g.

1<sup>st</sup> → 2 flg.

Ibuprofène et sa.

PPV: 116DH00  
PER: 05-22  
LOT: I 1349

صيدلية العراق  
**Pharmacie EL IRAKI**  
**Dr. Youssef EL IRAKI**  
267, Rue Oukhla - BERRECHID  
Tél.: 0522 32 83 45

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

# ORDONNANCE

le : 29/10/2019.

M. Rokhssa. Youssef.

1160

- Zsmox. 1 g.

1 S → 2 f / g.

Brim et. Scin.

PPV: 116DH00  
PER: 05-22  
LOT: I 1350

صيدلية العراق  
**Pharmacie EL IRAKI**  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue Dakila - BERRECHID  
Tél.: 0522 32 83 45

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
Médecin Dentiste  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

# ORDONNANCE

le : 15/10/2019.

Pte, Rokn SA. Youssef.

116,00  
- Zarnox . 1 g .

1 s → 2 f / g .

ibim et. soign .

PPV: 116DH00  
PER: 06-22  
LOT: I 1466

صيدلية العراق  
**Pharmacie EL IRAKI**  
**Dr. Youssef EL IRAKI**  
267, Rue Nakhla - BERRECHID  
Tél.: 05 22 32 83 45

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 68 41



Dr. Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

# ORDONNANCE

le : 08/10/2019.

Mr. Roknessa. Youssef.

98,00

- Zsmox . 1 g .

1 g → 2 f / g .

ibrim et. solh.

fg.

PPV: 98DH00  
PER: 05-22  
LOT: I 1201

58,40

- Solupred . 2 mg .

3 ep → 1 f / g .

ibrim.

3g.

156,40

صيدلية العراق  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue Dakika - BERRECHID  
Tél.: 0522 32 83 45

Dr. Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

# ORDONNANCE

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

le : 7/11/2019.

Réalisation pour N° Lokassa  
Youssef de soins dentaires  
pour la somme de:

# 950,00 DH #

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41