

# 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

- 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 70 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

N° W19-416846

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M31 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RAKI ABDELAZIZ

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : Morstan 3 N 181 DAOUDIAT Marrakech

Tél : 05 24 31 26 89 Total des frais engagés : 790,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.09.19

Nom et prénom du malade : BELONAD Sein EPOUSE RAKI

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

Nature de la maladie : HTA / diabète / versu

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 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 : 10/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



**BELOHAD** *2007-11*

**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
03.09.19	<i>Cour...</i>		<i>200,00</i>	INP : <i>071078681</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MANISS Dr. BOUGHADA Habib</i>	03.09.19	<i>590,20</i>

**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 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           H            25533412            00000000            D            00000000            35533411         </div> <div>           21433552            00000000            G            00000000            11433553            B         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ADDOU Abdelhak

Spécialiste des Maladies

Cardio - Vasculaires

Ex. Chef de service de Cardiologie

Centre Hospitalier Ibn Zohr et Errazi - Marrakech

Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Diplômé de la Faculté de Nancy

- FRANCE -



ICE : 001703938000095

IF : 14370880

TP : 453006053

الدكتور عدو عبد الحق

إخصائي في

أمراض القلب والشرابين

رئيس سابق : مصلحة أمراض القلب  
بالمركز الإستشفائي ابن زهر والرازي - مراكش  
طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

خريج كلية الطب بنانسي

- فرنسا -

Le 03.04.19

ORDONNANCE

BELONAD Sincro  
e pour Raxi

Askardil 160

1/21  
Ancor plus 10/12

Diover 60

01

7، شارع علال الفاسي، الطابق الأول، مدخل 6 مجمع الأحباس - مراكش

7, Av. Allal El Fassi, 1<sup>er</sup> étage, Entrée 6. Complexe des Habous - Marrakech

Tél. : 05 24 31 41 83 / 06 61 30 45 08 - Fax : 05 24 31 42 33



6 118000 141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64.20 DH

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64.20 DH

6 118000 141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64.20 DH

6 118000 141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64.20 DH

6 118000 141051

LOT: 124  
PER: 05/22  
PPV: 64.20 DH

6 118000 141051

LOT: 122  
PER: 03/22  
PPV: 64.20 DH

ASKARDIL® 60 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 96005 1  
EXP 06/2021  
PPV 23DH80

133,60

6 118000 141051