

# 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.

### Diagnostique 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 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° P19-0001373

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02391 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEIKH ABDEL KADER Date de naissance : 1950

Adresse : 22 Rue Abbas Oumme El Hour Casablanca

Tél. : 0661 78762 Total des frais engagés : 1170,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : BOUIROURI Naïma

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

Nature de la maladie : Toxique

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 : 28 NOV 2019


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
20/10/19	CS		300 DIT	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-10-2019	870,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

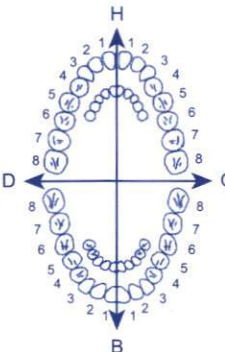
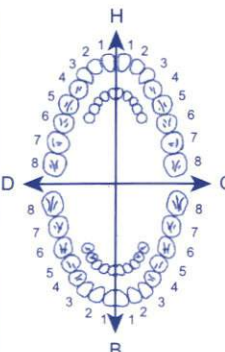
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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
	[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



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

**a MENKOR**  
 ecine Interne



منقور  
 الباطني

Diabétologie  
 ies systémiques

Medical

x de Toulouse  
 on Rochd (Case  
 aine de Méder  
 aise de Médecine Interne

Maphar  
 Km 10, Route Côtière 111,  
 QZ Zenata Ain sebaa Casablanca  
 URISANOL 36 MG GELULE  
 B 30  
 PPC : 160,00 DH

السكري  
 ض الجمعية

خة  
 مل  
 معي بتولوز (فرن  
 ي ابن رشد (الدار  
 الباطني  
 باطني

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
 30 comprimés pelliculés sécables  
  
 6 118001 101788  
 PPV : 72,00 DH  
 Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
 30 comprimés pelliculés sécables  
  
 6 118001 101788  
 PPV : 72,00 DH  
 Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
 30 comprimés pelliculés sécables  
  
 6 118001 101788  
 PPV : 72,00 DH  
 Distribué par Cooper Pharma

27/10/19

Mme Bougrain Naigis

132,30 x 3

- rispates 10 p

1 - 0 - 0 que patt 3 mis

- levosyras 100 p

1 - 0 - 0 a je patt 3 mis

- Detensiel p

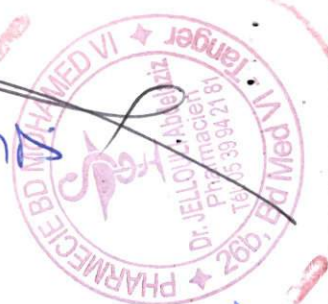
72,00 x 3 - 0 - 1 patt 3 mis

- Urisanol p

160,00 1 - 0 - 0 que

- Nabivol p

patt 1 mis



**SCIPRALEX®**

**10mg**

ESCITALOPRAM

POLYMÉDIC

**30**

Comprimés pelliculés séc

VOIE ORALE

132,30



**SCIPRALEX®**

**10mg**

ESCITALOPRAM

POLYMÉDIC

**30**

Comprimés pelliculés séc

VOIE ORALE

132,30

**SCIPRALEX®**

**10mg**

ESCITALOPRAM

POLYMÉDIC

**30**

Comprimés pelliculés séc

VOIE ORALE

132,30