

# 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W19-472418

☒ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **10257**

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **KEDDAJI ALIE**

Date de naissance : **12 MARS 2020**

Adresse : **LOT 4 HAJ FATEMA OULFA**

Tél : **066359102** Total des frais engagés : **422,80**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **KEDDAJI ALIE**

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

Nature de la maladie : **Bien-être**

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... Le : ..... / ..... / .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-472418

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

## 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)

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.



# 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
12 Mars 2020	95		7200 DH	INP : 091174070

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/03/20 262,80

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

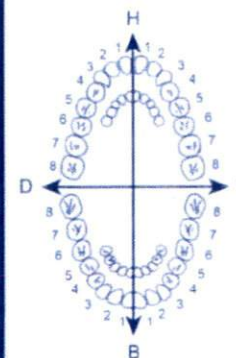
SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

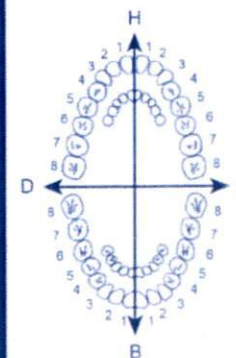
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

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'EXE



# Dr. Amina AOUBEID

Spécialiste des Maladies  
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté  
de médecine de Casablanca

Ancien médecin résidente  
à l'hôpital d'enfant à Casablanca



الدكتورة أمينة عبيد  
إختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى الأطفال

Casablanca, le

Nom :

Age :

Poids :

12 MARS 20  
Kedouji  
5 ans 107  
20 kg 700



1) Brufen 100 mg/5 ml  
22.53  
200 mg 1 flt



2) doliprane 1000 mg  
12.80  
200 mg 1 flt  
80.00



1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV: 80DH00  
PER: 12/22  
LOT: 12822

3) A Zin  
12.80  
200 mg 1 flt  
80.00



ENFANT

6 تجزئة الحاج فاتح، عمارة 10 رقم 3 الطابق 2 قرب سوق الحاج فاتح الألفة الدار البيضاء

6, Lot Haj Fateh Imm, 10, 2 éme étage N3°, (Prés Marché Haj Fateh) Oulfa, Casablanca

Tél.: 0522 90 63 63 - Urgence: 0655 28 18 42 - Email: aoubaidamina8@gmail.com

0657877488

EFFIPRED® 5 mg

PPV 28DH00  
EXP 11/2022  
LOT 90020 1



4) EFFIPRED 5mg

28,00

4x1 pt 05 jours

200 U.CEIP/ml

40,00

5) Bismuth

29,60

1 co. = 3.

40,00

Contenu net: 150 ml

Lot:

A consommer  
de préférence avant le:

191126

PPC: 79,50 DH

11-2022

6) Fito plé

262.

2 don 5 me / 43

154 08

6, Lot Hay Fatah Ann 191126  
CASA BLANCA - 761 05 22 80 53 83  
Médicament Spécialisé en Pédiatrie  
DOCTEUR AMBA ROUBERD

STE PHARMACIE HANZA  
CASA BLANCA  
Lot Hay Fatah Ann 6 11 19 14 14  
CASA BLANCA - Tél 05 22 80 53 83