

# 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.

**Pathologie 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.

**Prothèse :**

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.

**Maladie chronique :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

**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.

**AS :** 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° P19-0040590

☒ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **25078**

Matricule : **1212** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : **CHAOUI Aziz AS dellatif**

Date de naissance : **25.04.1949**

Adresse : **LOT BAALABAK N° 48 AIN DIAB**

Tél. : **0662889855** Total des frais engagés : **729,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **09/02/20**

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

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

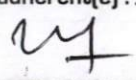
Nature de la maladie : **première phase**

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 : **CHBA. 11 Mars 2020.** 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
9/12/2016	V2		G	

[illegible][illegible][illegible]

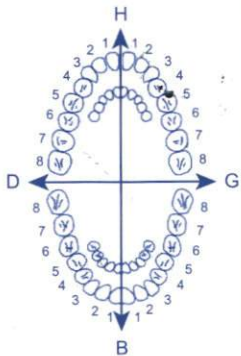
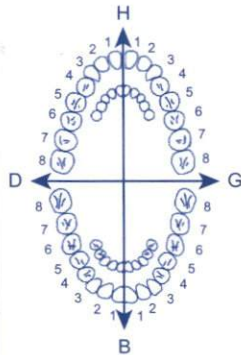
\_\_\_\_\_

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

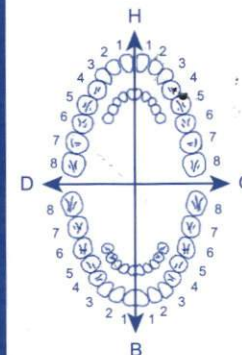
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

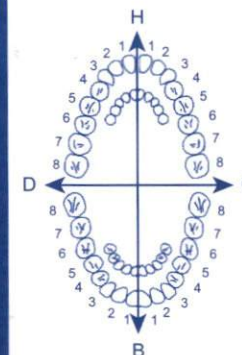
**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

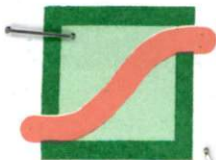
	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 09/02/2020

Chemin Aziz Abdelatif

34,60

17. lenix 40 →

(SV)

1 pl, 2 matin

58,00

29.

Solupred 20

(SV)

jusqu'à 20  
(14/02/2020)

30,70

37.

2cp 60 min  
Kadepic 75 mg

(SV)

1cp

139,20

41.

Hypnia

(SV)

1 cp x 2

189,80

57.

Flapyl 500

(SV)

jusqu'à 20  
(20/02/2020)

269,00

67

1 cp x 2/j  
Coveram long.

(SV)

URGENCES 24/24



MOS - Zar day

10/02/2021

28,80

14/

Vitamevit

2 cp x 2

294,00

PHARMACIE BENZIT Nature & S  
Boucha BENZIT - Pharmacie  
Route Azemmour Km 13.5 Dar B  
Tel 05 22 96 19 78 Casa  
INP 092015538  
ICE 00213863500

229,00

0

FLAGYL 500 mg  
CP PEL 820  
P.P.V. : 490H80

LOT: 9MA167  
PER: 04 2024

1180001060062

BAKU A

كارديجيك

75 مغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

58,40

2 / 21

Solupred<sup>®</sup> 20mg

28 comprimés effervescents

6 1180001061847

مستحق له

علية 30

P.P.V. : 300H70

SACHETS 830

KARDECIG 75MG

LOT: 19E004  
PER: 04 2021

IXOR<sup>®</sup> 20 mg

28 comprimés effervescents

PPV 1180H50

EXP 09/2021  
LOT 94031 3

6 1180001060468

Laslix 40mg  
20 Cp séc

P.P.V. : 340H50

LOT: 9MA081  
PER: 03 2023

28,80

PPV

LOT

PER

6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg

Boite de 30 comprimés

PPV: 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca