

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## Logie 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.

## Maladie chronique :

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](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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026045

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIR ABDELLAH

Date de naissance : 30/06/1948

Adresse : Wifaq III, Rue 80 N°42 EL OULFA

Casablanca

Tél. : 0662 70 48 34 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-026045

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

| du Pharmacien<br>du Fournisseur                                   | Date       | Montant de la Facture  |
|---|------------|--|
| Pharmacie Dounia Errah<br>Rue 64 Wifag 3<br>El Oulfa - Casablanca | 25/04/2020 | 67,50<br>Pharmacie Dounia Errah<br>N° 299, Rue 64 Wifag<br>El Oulfa - Casablanca |
|   |            |  |
|   |            |  |
|   |            |  |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du<br>Praticien et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

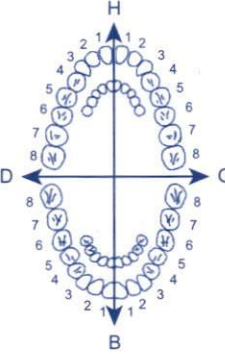
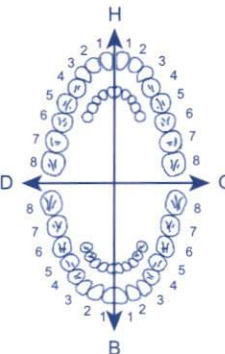
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--|----------------|------------------|-------------|
|   |                |                  | 22,50       |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  | 22,50       |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |
|---|----------|
| H | 21433552 |
| D | 00000000 |
| G | 00000000 |
| B | 11433553 |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

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

PHARMACIE DOUNIA ERAHA SARL AU  
BENYAHIA TABIB DOUNIA  
RUE 64 N°299 WIFAQ 3 OULFA CASABLANCA

Patente N°: 35065673  
N° R.C. : 369135  
Compte :  
CNSS : 2362739  
Id.Fiscale : 20739649  
ICE : 001840763000065

Tél : 0522915134

Le : 25/04/2020

ADBELLAH SABIR

FACTURE : 10550 du : 25/04/2020

| Qté              | Désignation           | Prix PPV | Montant | TVA   |
|------------------|-----------------------|----------|---------|-------|
| 3                | FELDEN 20MG 5CPS DISP | 22,50    | 67,50   | 7,00% |
| Total TTC        |                       |          | 67,50   |       |
| Droits de timbre |                       |          | 0,00    |       |
| Net à payer      |                       |          | 67,50   |       |

Arrêtée la présente facture à la somme de :SOIXANTE SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

|       | Taux | HT    | TVA  | TTC   |
|-------|------|-------|------|-------|
| 7.00% | 7,00 | 63,08 | 4,42 | 67,50 |
|       |      | 63,08 | 4,42 | 67,50 |

Pharmacie Dounia Erraho  
N° 299, Rue 64 Wifag 3  
El Oulfa — Casablanca