

## 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.

#### Biologie 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.

#### Education :

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.

#### Prothèse :

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 n'est valable que pendant 3 mois.

#### Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com  
Demande 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041826

ND: 30590

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Etami M. Ima

Date de naissance : 21/06/1996

Adresse : 81, Rue Celina

Tél. : 056134639 Total des frais engagés : 10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.10.20	68,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



**Facture N° 20200627-144**

Date de vente : 27/06/2020  
Médecin traitant :

**ZAKI AMINA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
METFORMINE WIN CO 850MG B30 COMP	4	17,10	Exonéré (0.00%)	68,40

Total HT	68,40 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>68,40 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-huit DHS et quarante centimes

Pharmacie  
27 Rue Mouss  
Gauthier - O  
Tél : 05 22 26 42 11





METFORMINE WIN 850MG  
CP PELL B30



Uniquement sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

REPAS / الوجبات		
SOIR / المساء		
MIDI / النورث		
MATIN / الصباح		

POSOLOGIE / الجرعات - HORAIRES / التوقيت

17,10







METFORMINE WIN 850MG  
CP PELL B30



Uniquement sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

REPAS / الوجبات		
SOIR / المساء		
MIDI / النورث		
MATIN / الصباح		
POSOLOGIE / المقادير - HORAIRES / التوقيت		

17,10







METFORMINE WIN 850MG  
CP PELL B30



Uniquement sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

REPAS / الوجبات		
SOIR / المساء		
MIDI / النورث		
MATIN / الصباح		

POSOLOGIE / الجرعات - HORAIRES / التوقيت

17,10







METFORMINE WIN 850MG  
CP PELL B30



Uniquement sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم المقادير المعينة

REPAS / الوجبات		
SOIR / المساء		
MIDI / النورث		
MATIN / الصباح		
POSOLOGIE / المقادير - HORAIRES / التوقيت		

17,10

