

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

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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)

UPRAS 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.

**UPRAS** : 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

Maladie de Longue durée  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 0043887

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0536 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZOUT LHOUSINE

Date de naissance : 01/07/1946

Adresse : HAZ DNARA I Rue 21 N°8

Tél. : 0662027249 Total des frais engagés : 1653,40 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 a un caractère confidentiel, compléter les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste 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 : 24/07/20

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**PHARMACIE DAKHLA**  
 01, Avenue Dakhla  
 Hôtel Intercontinental Casablanca  
 Tél.: 05 21 10 10 82

23.07.20

1683.90

# 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

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

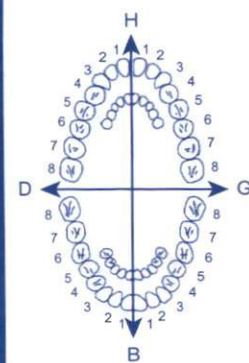
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



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 ————— G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 B

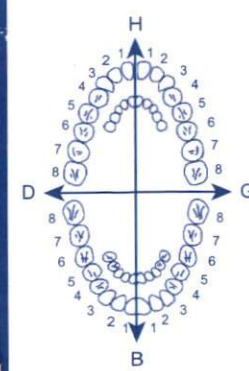
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DAKHLA

MOUAKET RACHIDA

Pharmacien

91, Avenue Dakhla  
Hay INARA I - Aïn Chock

Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82

PHARMACIE DAKHLA

91, Avenue Dakhla

Hay el Inara I - Aïn Chock

Tél.: 05 22 50 10 82

صيدلية الداخلة

مووقيت رشيدة

91, شارع الداخلة - حي الإنارة 1

عين الشق

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 10 82

Casablanca, le

23.07.2023

FACTURE N° 0003724

M. TAZOUT Lhaouine

Quantité	Désignation	P.U.	Total
1	Navarapid	571.00	571.00
1	lantus Solobin	744.00	744.00
1	Mefla	1710.00	1710.00
1	Flohal	159.30	159.30
1	co A proud	134.20	134.20
1	Cadiop	27.70	27.70
1	T=1653.40		
1	Nete lente de Facture à la		
1	milie six cent ci-que Trent		
1	del 400		

LAPROPHAN  
PPV: 571DH00

Sanofi-aventis Maroc  
Rabat-R.P.1.  
Casablanca  
20/07/2023  
744.00 DH  
081515

METFORMIN 850MG  
CP PEL 830  
P.P.V.: 17DH10  
LOT: 19E002  
PER.: 10 202  
PPV: 159DH30  
081515

LOT: 19E002  
PER.: 10 202

P.P.V.: 134,30 DH  
081028  
6 118001

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V.: 27,70 DH  
Bayer S.A.

R.C. 236078 - Patente : 43016558