

## 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.

### 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.

### 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.

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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 050801

55267

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9593 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Dhouma EL MOSTAFA

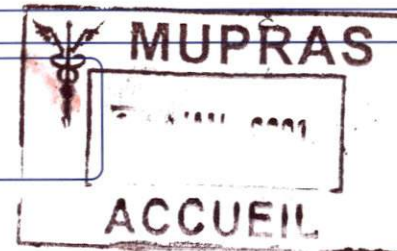
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

[illegible]

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>	
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b> 13/06/2019
	<b>Montant de la Facture</b> 62,70

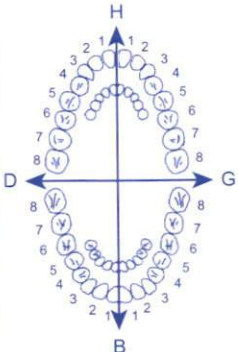
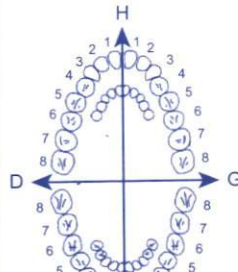
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

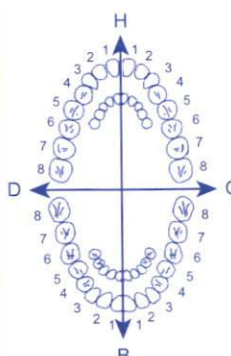
### Important :

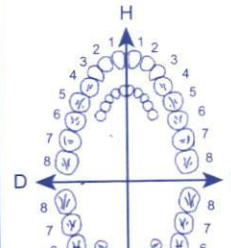
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553                 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div><table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><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>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table><div style="text-align: left; margin-left: 10px;">G</div></div>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
00000000	00000000																
35533411	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"/>												



# Pharmacie ABDESSAMAD

DR Abdessamad SARHANI

0522767686

AL AZHAR IMM23 N4-5 SIDI BERNOUSSI , CASABLANCA



**Facture N° 20210113-778**

Date de vente : 13/01/2021  
Médecin traitant :

**DHARSMA ELMOSTAPHA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DRILL EXPECTORANT SI 5% 750MG ADULTE SANS SUCRE 150ML SIROP	1	25,50	TVA (7.00%)	25,50
FUCITHALMIC 1% 3G GEL OPHTALMIQUE	1	37,20	TVA (7.00%)	37,20

Total HT	58,60 DHS
TVA	4,10 DHS
<b>Total</b>	<b>62,70 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-deux DHS et soixante-dix centimes**

PHARMACIE ABDESSAMAD  
DR ABDESSAMAD SARHANI  
AL AZHAR IMM23 N4-5 SIDI BERNOUSSI  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 76 76 86

IF : 59528227 ICE : 001597790000032

Tel : 0522767686

Adresse : AL AZHAR IMM23 N4-5 SIDI BERNOUSSI , CASABLANCA

POLYMEDIC  
FUCITHALMIC® 1 % gel ophtalmique (3 g)  
6 118001 200818  
Prix Public Maroc DH 37,20

PPV (DH) : 25,50  
LOT N° :  
UT. AV. :  
**Drill®**  
Expectorant  
**ADULTE**  
Carbocistéine 5%  
Solution buvable sans sucre