

## 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.

### Radiologie 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

La 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° W19-576597

56023

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société : R.A.H

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Pot Ferdous App 7 THB8 Ltg 2 ou lfa

Tél. : 0602467656

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2020

Nom et prénom du malade : Asif Rafiq

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

Nature de la maladie : Asthme

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 : Casablanca Le : 19/01/2021

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
14/11/20			€300,00	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	499,30
	14/11/20	125,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

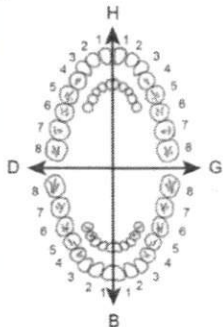
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

35,70

35,70

تأليف  
بحث

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 140 00 DH  
ID : 639021  
6 118001 141852

35,70

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 14/11/2020:

31,90

Arif Rafik

31,90

140,02  
1) Sereki de 50 **(S.V)**

2 BF x 2 / J

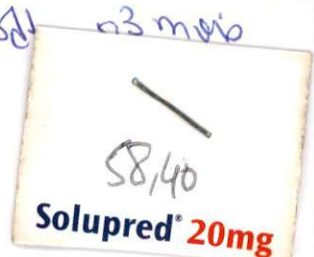
110,00  
2) Tabnex **(S.V)**  
1 pnpv Inamine

31,90 x 2 le matin **(S.V)** pdt 03 mois  
4) Zadryl

35,70 x 3 1 càc et demi / J le soir  
5) Malto fer **(S.V)** pdt 03 mois  
2 càc / J le matin pdt 03 mois

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



S8.40  
6)

Solu p. 52

20 mg

(S.V)

2 cps 1/2

1st 0 5J

479.30

**PHARMACIE OUMERRABH**  
D. Admane BDAH

49, Boulevard OUMERABH HASSEN EL OULI  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 00 72 - Fax: 05 22 90 11 66

Régional Université Internationale Cheikh Khatib  
D. Admane BDAH  
Tel: 05 22 90 00 72 - Fax: 05 22 90 11 66



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.V.  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH



ERSITAIRE  
AL CHEIKH KHALIFA  
ATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/2020

Pharmacie Oum Erabi  
R.P.V. 125,30 DH  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1

Arif Rafik

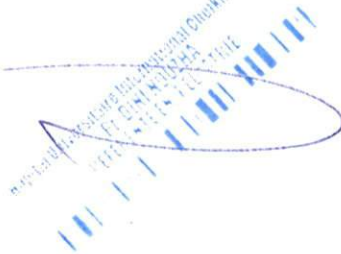


125,30

1) Vaxigrip



PHARMACIE OUM ERABI  
R.P.V. 125,30 DH  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1





## F A C T U R E

N° 112 447 / 2020 du 14/11/2020

Nom patient : RAFIK ARIJ

Entrée 14/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00