

# 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**

M22- 0019485

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: ELOUAHIDI LAKBIR Société: ITRIETI  
☐ Actif 2152 ☐ Pensionné(e) ☐ Autre: 134927  
 Nom & Prénom: 1/1/42  
 Date de naissance: MAY 10 1942 N° 46 CASBLAC  
 Adresse: 24/10/2022  
 Tél.: 05 22 57 58 72 Total des frais engagés: 30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin: **Docteur M. H. SMILES**  
**Médecine Générale**  
 Jamila 5 Av. Danila F. 50  
 N° 32 Cité Djemaâ - Casablanca

Date de consultation: 24/10/2022  
 Nom et prénom du malade: LAKBIR EL OUAHIDI Age: 1942  
 Lien de parenté: ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie: .....  
 Affection longue durée ou chronique: ☐ ALD ☐ ALC Pathologie: .....  
 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: Casa

Le: 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e): [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
21/10/22	C	1	150,00	Docteur M. H. SMILES Médecine Générale Jamila 5 Av. Dakha Rue 50 N° 492 Cite Djemaâ - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/22	530,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

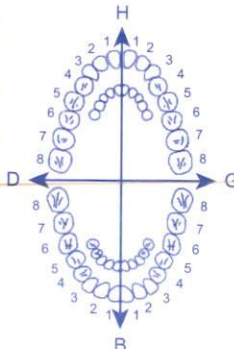
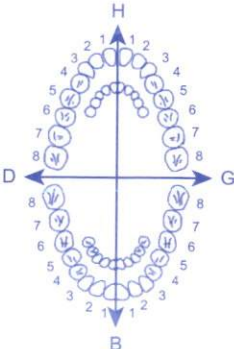
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Mohammed H. SMIRES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialité d'Echographie de la Faculté

Spécialité de Médecine

Montpellier

Jamila 5

BLANCA

724 11

ca, le

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

الدكتور محمد حسن اسميرس

خريج كلية الطب بنانسي

حائز على دبلوم في التشخيص العلمي

بالصدي من كلية الطب بمونبولي

492 شارع الداخلة جميلة 5

قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 24 11

06 73 47 24 14

الدار البيضاء في

4200x3

Glucovance 500 mg / 2.5 mg

54,30

54,30

54,30

Diamon

123,20x2

PPV 123DH20  
EXP 04/2024  
LOT 1D059 3

Xerium

49,00

Belmagab

49,00

Docteur M. H. SMIRES

Médecin Généraliste

Jamila 5 Av. Doulal F 50

N° 492 Cité Djemaa - Casablanca