

## 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 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 renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-761880

149015

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 7875	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : 398,50 Dhs		

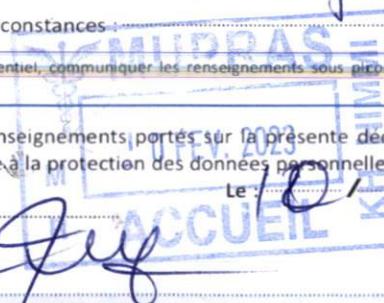
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Docteur Malika ENNAI MEDECINE GENERA'L Capital Center, Entrée B - N Boulevard Anoual - Casablanca	
Date de consultation :	07 DEC 2022	
Nom et prénom du malade :	LOTFI Saida Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Bronchite aiguë infectieuse	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



Le 10/12/23

RELEVE 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
01 VEC 2022	g		200,00 D 11	INP Patente: 36361200 Maitra ENNAIE GINE GENERALE SANTÉ Signature

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou Chasseur	Date	MONTANT de la Facture
<b>PHARMACIE CALIFORNIE</b> <b>ALI ALAMI</b> Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panoramique Polo Tél: 0522.52.19.99	7/12/22	198,50

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

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

#### **VIOLET ADHERENT**

# RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>													
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
		G															
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>														
Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition

D.I.U Echographie



الدكتورة مليكة النبيل

الطب العام

التغذية

الفحص بالصدى

07 DEC 2022

LOTFI Saint-

PER: 04/2023

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

56,60 - Stilnox 16 te  
1 cp le soir S.V

22,20 - codoligras S.V  
1 cp 3 x 10

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00

EXP 10/2025

LOT 20018 21

40,00 - EFFI pred 20m S.V  
3 cp eau 1 pte / 5 f

79,70 - Zithromax 500  
1/3 le 10 J S.V  
1/2 1/3 / 6 7 J

PHARMACIE CALIFORNIE  
AL ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
145 Bd Panoramique Porte B  
Casablanca 203 Tel: 0522.52.19.99

محلقى شارع أنوال/عبد المؤمن عمارنة أنوال كيبل ستار بـ 1 - الدار البيضاء  
العنوان: 145 Bd Panoramique Porte B Casablanca 203 Tel: 0522.52.19.99  
Angle Bd. Anoual / Abdelmoumen Rés. Anoual Capital Center 203 Porte B, 1er Etage Appt. N°1 Casablanca