

# 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

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0044738

152288

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAMRI Rabia

Date de naissance : 21/11/65

Adresse : 2-Rue Tabel Hgoun - (C.I.L) Hay

Salam - Casablanca

Tél. : 0662186126 Total des frais engagés : 500,20 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخروال  
طبيب محلف خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي  
قريب مستشفى الحي الحسني  
المانف، 30 70 88  
09 JAN 2023

Date de consultation : 09 JAN 2023

Nom et prénom du malade : LAAMRI RABIA Age:

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : Casablanca Le : 09/01/23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09 JAN 2023     | C                 |                       | 200 DH                          | 09/10/2023   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE BAB ESSALAM (istty SARL) Mohamed Amal Docteur en pharmacie 27, Rue de l'Atlas - Hay Salam, Casablanca Tel: 05.22.94.15.14 | 09/01/2023 | 300,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

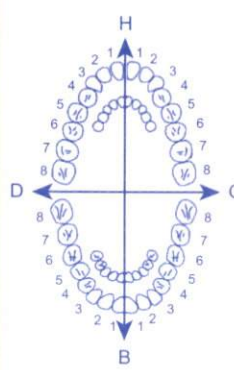
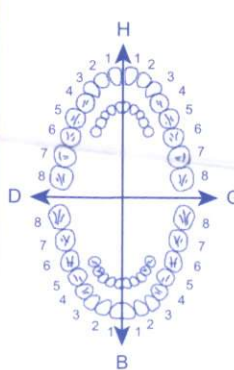
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|--|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|   |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <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>D</td> <td>G</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> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | 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

# Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبرته في الطب

Casablanca, le : 09 JAN 2023

Lot :

LOT : 220589

PPV :

EXP : 05/2027

Exp :

PPV : 95,00DH

95.00

1. Efloxi 500 1g/1

28.20

2. Sulfidol 1g/1

99.00

3. Prodefen 100g

78.00

4. Fatasuc 1g/1

T = 300,20

PHARMACIE BAB ESSALAM  
(IS-ty SARL)  
Mohammed Amal  
Docteur en pharmacie  
27, Rue de l'Atlas - Hay Salam, Casablanca  
Tél : 05.22.94.15.14

PRODEFEN  
Complément alimentaire

Lot :

123724

Date de Fab :

02.2022

Date de Pér :

01.2024

PPC : 99 Dhs

PPV

LOT

PER

98,20

دكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبرته في الطب  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 05.22.90.70.88 - الهاتف : 05.22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél : 05.22.90.70.88 - الهاتف : 05.22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com