

# 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

- 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- 0043819

154993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9818 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Départ NEGOCIE

Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM

Date de naissance : 01.09.1975

Adresse : 19 Rue Hassan Tarek, 5743, N°19  
Casablanca

Tél. : 0661291280 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HADDOU BOUALEM**  
Médecine Générale  
Expert Assermenté Pres. des Tribunaux  
31, Av. Union Africaine (Ex. Av. 15)  
Cas. Diarrah - Casablanca  
Tél. 0522 55 12 01 - 0522 71 94 57 94

Date de consultation : 18/05/2019

Nom et prénom du malade : KHALIL IBRAHIM Age :

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

Nature de la maladie : fracture osseuse - luxation

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

28 MAR. 2023



# 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
18/03/23	LEPARI	12	150.00	<p><b>DR. HADDAD BOUJEM</b>  Médecine Dentaire  Expert, Permis de Praticien (Ex. Av. 197)  32, Av. Union Africaine - Casablanca  Tél: 0522 55 13</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE JAHARI</b>  S. BELHARIB  Dr. en Pharmacie  22, Rue Lamenais France - Ville  Tél et Fax : 022 98 00 34 - CASABLANCA</p>	18/03/2023	269.40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

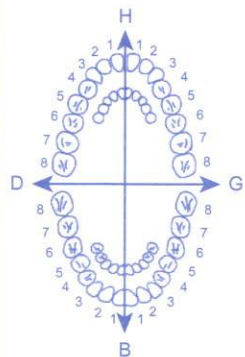
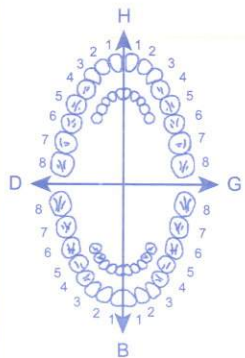
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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



Docteur

LEM

Expert A

61 180 00 2505 00

UT.AV.

P.P.V.

LOT N°

2920

09366030/4

بوعلام

المحاکم

برقبة

الجماعة

05 22 55

06 71

Lot / Fab / EXP

حصا / صنع في / انتهاء الصلاحية

9028  
05 2022  
02 2024

25346502

MR KHAZIC IBRAHIM

79.70

Zithromax 500

82.60

Alv-z

53.00

Di-Indo 50 mg

54.10

Parma-bak collyre  
et net + 1 ch. chf. vei

269.40

PHARMACIE JAMHARIYA  
S. BELLIARIS  
Dr. Ch. Pharmacie  
22, Rue Léménais France - Ville II  
Tél et Fax : 022 98 00 34 - CASABLANCA

Dr. HADDOU BOU  
Médecine Générale  
Expert Assermenté Presk  
32, Av. Union 41  
Cité Diema

ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables  
6118000108195

Di-INDO® 50mg  
15 comprimés dispersibles  
6118000 033035

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles  
53DH00 EXP 12/2023  
LOT 19018 1

LOT  
EXP  
PPV  
COOPER PHARMA  
LOT : 211008  
PER : 06 - 2024  
PPV : 82.60 DH