

## 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

- Reclamation : 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° W21-689320

157060

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7809 Société : NAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENMUSA YASSIN  
 Date de naissance : 9/18/69  
 Adresse : 19 Rue Juss G.005 0A845  
 Tél. : 0661240466 Total des cotisations : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07/04/2019  
 Nom et prénom du malade : BENMUSA YASSIN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communautaire ou des renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative aux données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT



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
07 09 2013	CS		250,2	INF: 001638491 0572 09 14 69 Bd. El Abdenne - Harrouassani N° 17, 1er étage DRC CHU de Tlemcen - Faculté d'Odontologie & Stomatologie Dr. A. Boukhalil

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7-4-23	35640

[illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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><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	<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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
	<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		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>					
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																								
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

PPV : 80.10 DH

LABORATOIRES SOTHEMA

بري

الأنف،

والعنق

بمنظار

نفي 20 غشت



Lot N°: 066S032A  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2024  
PPV: 149DH00

PPV: 40DH00  
PER: 02/26  
LOT: M717

bottu  
11, Allée des Cascaillots - Ain Sebaa - Casablanca  
S.A. Rachou - Pharmacie Responsable

Mr. BEN MOUSSA Youssef

87,30

1- Mono Zenlan cp 500

40.00 14 15 / 058

2- Cotyred cp 200

PHARMACIE LAKBIRI  
N° 1016  
CASA BLANCA - OASIS  
Tél: 022.99.08.75  
M. J. KARIMA  
M. J. KARIMA  
M. J. KARIMA

3- 80.10

34 15 / 058  
Rhyton

4- 149.00 14 15 / 058  
Paximoxyl cp

Dr. AHMED  
Otorhinolaryngologie &  
Chirurgie ORL - Faculté  
76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria,  
1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassan  
Tél: 0521 93 14 99

356.40 14 15 / 058  
Buden

76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassan  
Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@hotmail.com - INPE : 091079491