

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-421155

AS6997

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) \_\_\_\_\_  
Matricule : 10350 Société : \_\_\_\_\_

Actif       Pensionné(e)       Autre : ELHANI ABDELHAK

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 0661116319 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : ELHANI ABDELHAK Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

### 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
13.3.23	C	150	150	INP : 10419876101 Boulevard Général Rue 89 N° 154 SIDI BOUZERID 8130 78

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI BOUZERID 1 Rue 89 N° 154 8130 78	13.3.23	645,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

New Care AG, CH-4454 Itingen  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

ISOPHARM

NEWFLEX

COOLING GEL

95.00 DH

LOT: GA10355

PER: 06/2023

PPV: 110 DH 00

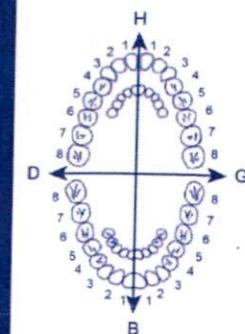
09/23

713

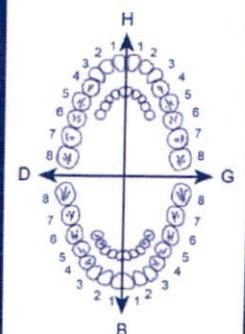
MFD 10/19

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

12480  
LOT 21002  
PER 05/23  
PPV 122DH 80

بدون كمول

FIN DE  
DEBUT D'EX  
DU DEVIS

CCEP  
FINAL  
DES TRAVAUX

LOT 224273  
EXP 07/25  
PPV 195DH 20

MONTAN,  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

## **Docteur KHABER Bouchaïb**

**Ex. Interne des Hôpitaux de France  
Médecine Générale  
Échographie  
D.I.U de Diabétologie et Nutrition  
de Montpellier**

**Ex. Méd. Chef de la Polyclinique  
Hay Mly. Rachid  
Médecin Expert auprès des Tribunaux**

Tél. : 05 22 81 30 78  
GSM : 06 61 14 50 50

الدكتور خابر بوشهيب

داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا  
الطب العام

دبلوم داء السكري والتغذية من مونبليي  
رئيس سابق بمستشفى (ص.و.ض.ج.)

مولای رشید

خان و حافظ

دكتور خبير ملحق لدى المحاكم

طبيب معتمد لمنح شواهد رخص السياقة

الهاتف : 05 22 81 30 78

المحمول : 06 61 14 50 50

الدار البيضاء، في ٢٣ مارس ١٩٣٧  
Casablanca, le ٢٣ مارس ١٩٣٧

195.20 ~~Home Aguares~~  
2-164 S S.V.

59.50 ~~comis. 15%~~  
nos 325 S.V.

110.00 ~~ctn~~ S.V.

63.20 ~~221~~ S.V.

95.00 ~~Van Hee~~ S.V.

122.40 ~~Free~~ S.V.

~~645.30~~ S.V.

Dr. KHAN

**PHARMACIE  
PIUSSANCE PHARMA**  
angle Place-Té et Rue Sidi Maârouf  
asblansac-771-0522-2895-86  
P:3465-7771-IF:1444-437  
N:9318058-RC:285647  
T:010 8997-800003



سيدي معروف (1) زنقة 89 الرقم 154 - الدار البيضاء  
Sidi Maârouf (1) Rue 89 N° 154 - CASABLANCA