

## 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

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 20600 - 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° W21-653642

170347

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552

Société : DAA

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Alouadi Abdelhak

Date de naissance : 1/01/1938

Adresse : 302 Bd Zerktouni

Tél. : 0665 121227

Total des frais engagés : 266,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Quantités des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE IBN HAYAN</b> BOUGARI LACHARI ABDEL Boulevard Badr - Bourgogne Tél : 0322.36.40.31	20/01/23	266,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

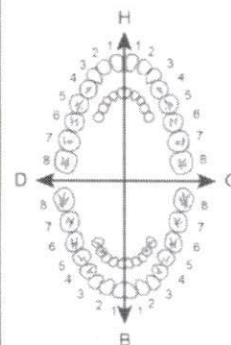
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

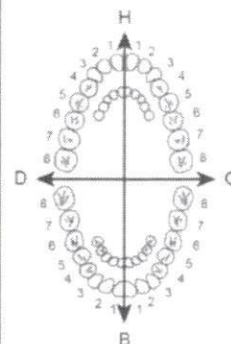
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
38533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

PHI. IBN HAYANE

ZOUGARI-LAGHRARI ABDESLAM

1 RUE AIT ISHAK

casablanca

Taxe Profes. N°: 35600644

N° R.C. : 194876

N° ID.F. : 40503310

N° CNSS : 1173385

Tel : 0522264021

Fax : 0522264021

Mr CHERRADI Abderrahmane

PHARMACIE IBN HAYANE  
ZOUGARI-LAGHRARI ABDESLAM  
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 26 40 21  
ICE : 001547302000067  
Le : 20/07/2023

N° ICE 001547302000067

FACTURE N°: 218/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	TRAVATAN COLLYRE	140.10	140.10
1	TORVA 10 30 CP	57.80	57.80
1	CARTEOL LP 2 % 3 ML	68.80	68.80

TVA 7%: 13.67

Total : 266,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT SOIXANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

PHARMACIE IBN HAYANE  
ZOUGARI-LAGHRARI ABDESLAM  
Mosquée Badr - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 26 40 21  
ICE : 001547302000067

LOT : 1113  
PER : 01/25  
PPV : 57,80 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040  
PPV : 68.80 DH  
LOT/عيار: 11-2022  
FAB/تاريخ الإنتاج: 10-2024  
EXP/تاريخ الانتهاء: 10-2024