

## 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 rééducation.
- 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

- 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

N° W21-794571

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7289 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELMRABET OUSSAMA  
 Date de naissance : 18-03-1969  
 Adresse : N°6 Rue Idriss Dar Bouazza CASP  
 Tél. : 0762977170 Total des frais engagés : 341,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 SEPT 2023  
 Nom et prénom du malade : EL MARABET RACHA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 NOV. 2023  
 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 : CASA Le : 19/09/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-215/2019



| 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   |
| 19 SEPT 2023                   |                   |                       |                                 | <p>المستفيد من الخدمة الطبية</p> <p>INP : 999690160</p> <p>طبيب مختص في طب الأسنان</p> <p>(قرب مستشفى الحادي - 60)</p> <p>مارولا - الحادي - الحادي - الحادي</p> <p>الهاتف : 022 40 70 88</p> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
| <p>092038116</p> <p>092038116</p>      | 19-09-2023 | 141,40                |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |             |   |
|---|--|------------------|-------------|---|
| <p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important :<br/>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> |  |                  |             |   |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]     |
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                       |
|   |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]                            |
|   |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [ ]                             |
|   |  |                  |             | FIN D'EXECUTION [ ]                               |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |
|   | <p>H</p> <p>25533412 21433553</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                       |
|   | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>                              |                  |             | 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  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 19 SEPT 2023 : الدار البيضاء، في :

74,00

1.

Carbosorb digest

1 cp x 3

PPC: 99,50 DH

Lot:

A consommer de  
préférence avant le:

CARBOSORB®  
Digest

40,40

2.

Meteospasmyl

1 cp x 3

METEOSPASMYL® B 20 caps molles.  
Alvéine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

27,00

3.

Flivac

1 cp x 3

LOT: 09823003  
PER: 03/2024  
PPV: 27,00 DH

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف، خبير  
60، طريق مولاي التهامي  
(قرب مستشفى الحي الحسني)  
مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف: 022 90 70 88 - الفاكس: 2 90 97 66

141,40

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tél: 022 90 70 88 - 2 90 97 66

60، طريق مولاي التهامي (قرب محطة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

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

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500