

## **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 AID et AIC :

- 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

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

## Déclaration de Malz

Nº W21-817029

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule : <b>13104</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>JOTI J MANE</b>			
Date de naissance : <b>25/07/1989</b>	<b>A 92310</b>		
Adresse : <b>Boulevaria Andalous II, Résidence Jardine, Im7A,</b>			
App. 16			
Tél. : <b>06 61 11 22 19</b>	Total des frais engagés : <b>682,4</b>		

Autorización CNDDB N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	Age : .....		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	<i>Douleurs Intestinales</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	<i>26 JAN 2003</i>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

**Signature de l'adhérent(e) :**

*[Signature]*

#### VIOLET ADHEREN

## **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
16/01/2024	Consultation physique	S	300,00	INP : DR CH E BOSC P

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>16104162024 SOCIETE UNIVERSELLE PHARMACEUTIQUE S.A. Pharmacie : SABLANCA 221022391</del>	161041 2024	38€140

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Soins	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $		
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession		
				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'EXÉCUTION

## **ORDONNANCE**

Bouskoura, le : 16/01/24.

One Idii Imane

~~Time Jadi~~

1). 19,50 x 3 Caboxane 1's 1 cp x 31j x 1 uois.

2). 14,90 Spasmo priv 1 cp x 31j 1's

2). 19,10 Si. douleurs also similaires.

3). Relaxine 1 gell j le soir x 1 uois.

Total

~~EL ANTIQUE GROUP~~  
Dior El Anqa  
1 Bouskoura - Tel : 05 22 22 09 00  
D - Tel : 05 22 22 09 00  
~~EL ANTIQUE~~  
Bouskoura  
Tel : 05 22 22 09 00

**1's**

PHARMACIE ANDROLOGIQUE  
BENCHAOUDI TAOURIT Salma  
Diar El Andalous 2, Ghar El Hammam  
Bouskoura - CASABLANCA  
Tél : 05 22 32 09 64

**DR. CHEROUA**  
Hépatogastro-  
Endoscopie du  
Proctologie  
INBP : 06 12 12

**Adresse :** Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc **INPE :** 090063728 **IF :** 40127291 **CNSS :** 9779309  
**Tél :** +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 **Fax :** +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  **www.hm.ma**

LOT: 230627  
PER: 08\2026  
PPC: 79,50DH

**Carboxane**  
Boîte de 30 comprimés

LOT: 230789  
PER: 09\2026  
PPC: 79,50DH

**Carboxane**  
Boîte de 30 comprimés

LOT: 230789  
PER: 09\2026  
PPC: 79,50DH

**Carboxane**  
Boîte de 30 comprimés



LOT: 230652  
PER: 07/2026  
M2438  
V44CH90

LOT: 10/2026  
99,00DH

**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

2400288544

**F A C T U R E**

N° **3.141 / 2024** du **16/01/2024**

Nom patient : **JDII IMANE**

Entrée **16/01/2024**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **16/01/2024**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'hepato-gastro-enterologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

