

# 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

- 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



# Déclaration de Maladie

## M22- 0025676

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4253 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TAWFIK Ahmed  
Date de naissance : 01-01-1988  
Adresse : 91, Bourvage 1 Apt 13 1er étage  
Bouzouka Maroc  
Tél. : 069841117 Total des frais engagés : 681,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2024  
Nom et prénom du malade : EL MOUHIB SAMIR Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA Diabète type II  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Bouzouka Le : 24/01/2024  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-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
23/01/2024				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmasien ou du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

23/01/2024

681,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

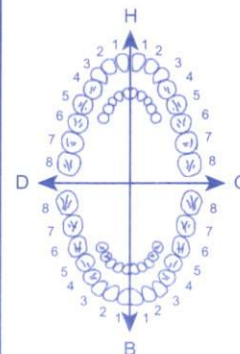
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SO

DEBUT  
D'EXEC

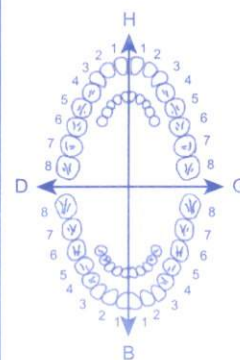
FIN  
D'EXEC

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



CCEFF  
DES T

MONT  
DES SO

DATE  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samir F

Médecin Gén

Echographie

Examen général

ECG

Glucose 500 mg/5l mg  
Comprimés pelliculés B/30  
47,40 DH

LOT  
EXP  
PPV

230301  
12/2026  
31.30

الدكتور سمير المحب

طبيب عام

الفحص بالصدى

الفحص العام الشامل

تخطيط القلب

47,40  
x2

Be

nance

بنسليمان في

31,30

4 Zylonic

47,40 x 10 / 94,80

4 Coloursone 100/10

185,20 x 3 / 55,60

681,20  
Sulist 160/10

PHARMACIE REGHAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatha  
Biuznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Pharma N° 8, Imm. Al Fatha  
Biuznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Dr EL MOUHIB SAMIR  
Médecin Généraliste  
197 8d Moulay Youssef  
Ben Slimane

Bd Moulay Youssef, N° 197 RDC - Benslimane  
à côté de la Pharmacie My Youssef et derrière dar chabbab  
Tél : 05 23 29 11 66