

# 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 canalaire, 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 canalaire.

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

**Déclaration de Maladie**  
M23-007660

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11975 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTALEB NISRINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 16 12 38 Total des frais engagés : 431,70 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

Date de consultation : 18/02/2024

Nom et prénom du malade : BENTALEB NISRINE Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Ap. zérophique + vir. A.V.

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 :

Le : 29/03/2024

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
19/02/2024	C1	1000	60	Dr. CHBANI ALI Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Casa INPE : 91031500

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

Dr. CHBANI  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
TINPE : 91031500

91031500

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL HAMDOLILLAH</b> <i>Dr. AYDI Hafida</i> 0522.29.09.40 / WHATSSAP : 06.00.73.33.76 ICL : 003033270000066 INPE : 092067214	19/02/2024	43170

**PHARMACIE EL HAMDOLILLAH**  
*DR. ZAIDI Hafida*  
 105, Anssar 1<sup>er</sup> 123 Mar Bouazza - Casablanca  
 Tél: 0522.29.09.40 / WHATSSAP: 06.00.73.33.7  
 ICL: 003033220000066  
 INPE: 092067214

19/02/2024

431.70

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des

Nombre

AM

PC

LM

IV

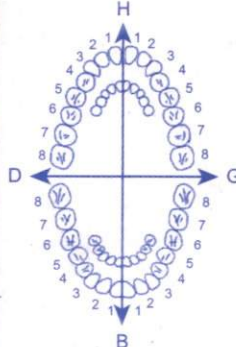
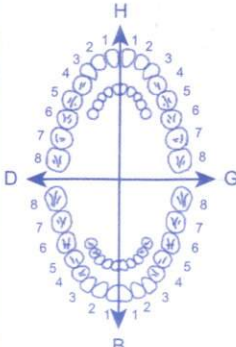
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;"> </td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000			00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)			Montants des Soins <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

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

**Important :**

**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

Coefficient  
des Travaux

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**O.D.F.**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU P<sup>re</sup>

MUPPAS : Centre Am...  
Casablanca 2000



وزارة الصحة

+212 31 11 41 11 41 11 41

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والصحة الاجتماعية

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

المندوبية الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

Casablanca 19/02/2024

**ORDONNANCE**

Mme Nisrine BENTALEB

79,70 B = 238,10

1/ Zithromax 500

1 cp / j pdt 3 j

14, box 3 = 43,80

2/ Doliprane cp 1000 eff

1 cp x 2 / j

49, box 2 = 148,80

3/

D-Cuve forte amp. buv

1 amp buv / 15 pdt 3 mois

TOTAL: 431,70

PHARMACIE EL HAMDOLILLAH  
DR. ZAIDI Hafida1, rue de la Liberté - Bouazza - Casablanca  
Tél : 06 00 73 33 76  
06 00 73 33 76Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital Mx Youssef - Casa  
INPE : 91081500

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23809  
EXP: 02/2026

X2 ←  
Ged

UT.AV.: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: G J 8595

X3 ←  
Ged

Mibo

PPV 14 DH 60  
PER 07/26  
LOT M 2526

X3 ←  
Ged

