

# 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

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 : Centro Adal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Adal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (Lx) - Fax : 05 22 22 78 12 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-821966

23922

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 8392

Société : EX RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

EL MDAGHAI Najat

Date de naissance

Adresse

Tél. : 06 64 009 732

Total des frais engagés : 649,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

EL MDAGHAI NAJAT

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.

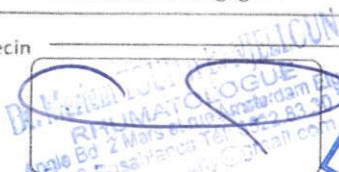
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

E. L.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/02/24			300 m	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/2/24	340,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important

Seules les ordonnances émises par le médecin traitant sont prises en compte pour le remboursement des soins dentaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DSP
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT DE L'EXECUTION
				FIN DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Creation, remont, adionction] ou traitement thérapeutique			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



**Dr. Meriem TOUMI  
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تومي  
بنجلون**

أخصائية في أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

27.02.2024

**Mme EL MDAGHRI Najat**

36,70

1 EZIUM 20



1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

2

2 INFLAX GEL

1 le matin, à midi et le soir, pendant 20 jours.

149,50

3 REUMADEP

1 le matin et le soir, pendant 1 mois. PUIS 1/J PENDANT 1 MOIS

40,00 x 2

4 EFFIPRED 20 MG

2 cp et demi LE MATIN PENDANT 5J  
PUIS 2 CP LE MATIN PENDANT 5J  
puis 1 cp pendant 5j

**EFFIPRED® 20 mg**

PPU 40DH00  
EXP 04/2026  
LOT 32011 4

**EFFIPRED 20 mg**

PPU 40DH00  
EXP 04/2026  
LOT 32011 4

5

5 BECIDOUZE

1 le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

34,60

6 DULASTAN

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

**Dr Meriem TOUMI BENJELLOUN**

340,00

PPV: 34DH60



Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage - Appt N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA

زاوية زنقة أمستردام و شارع 2 مارس الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtoumy@gmail.com