

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

RC  
60806

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008446

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : 47 RUE 133 GROUPE "N" OULFA CASA

Tél. : 06 62 790607 Total des frais engagés : 10000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN EXPER  
Dr. CHAFIK  
Bd Oued Jajouja  
Rue 69 N° 1 Oulfa  
Tél: 05 22 90 51 65

Date de consultation : 10/03/21

Nom et prénom du malade : NASSI FATIMA

Age : 29/12/53

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE + Affection ORL

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 : CASA

Le : 10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
12/03/21			1000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE W. MOULOYYA</b> <b>ZEKRI Abdelati</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>220-222-224 Bd Oued Moulouya Et Oulfa</b> <b>Casablanca - Tel: 0522.90.51.13</b> <b>ICE: 00229122000007</b>	12/03/21	886,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

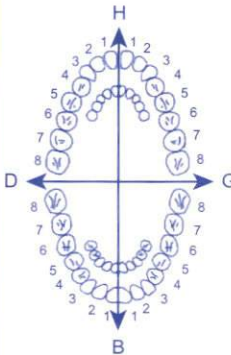
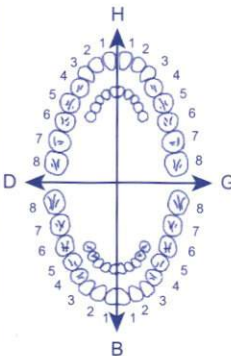
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, 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'EXECUTION

EXPERT ASSEMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX  
Diplômé de l'Université de Montpellier 1  
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE  
ÉCHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونتبيلي 1  
الفحص بالصدى

mk0769

PHARMACIE WILAYA ANTOUOYA  
Docteur en Pharmacie  
ZEKRI Abdelati  
220-222-224 50 000 Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 90 51 14  
ICE: 002 201220000071

Casablanca, le :

10/03/21

MASB FATIMA

92,20 x 6

- Amarel 3mg

19,90 x 3 1/2 x 2

- ADO 1g

27,70 x 3 1/2 x 2

- Cardiosip 100

168,20 1 1/2 x 2

- Augment 1000

22,70 1 1/2 x 2

- Rinomic

T= 886,30 1 1/2 x 2

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 20E002  
PER : 03 2023  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 9MA014  
PER : 04 2022  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 20E002  
PER : 03 2023  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 19E001  
PER : 10 2022  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 20E003  
PER : 08 2023  
6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 20E002  
PER : 03 2023  
6 118000 060017

19,80

19,80

19,90

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

PPV: 168,20 DH  
LOT: 644830  
PER: 12/21



202170