

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038483

AD-3

S'AGIT BIEN →

ND: 312 44

M.L.D

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MASTAFA

Date de naissance : 30 JUL 1957

Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA S<sup>SE</sup> ET APP N°11  
MERS SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 06 70 93 02 05

Total des frais engagés : #806,80# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : Rachid Ep. Demari Samiya

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

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 : 17/06/2020

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
17/06/2020	CD		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourre-soin

Date

Montant de la Facture

Casablanca - Tél: 0522 82 90 44

4, Rue Abou Soulaïmane El Khattabi

PHARMACIE ABOU SOULAIMANE

206.80

# 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

A M

P C

I M

I V

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 :

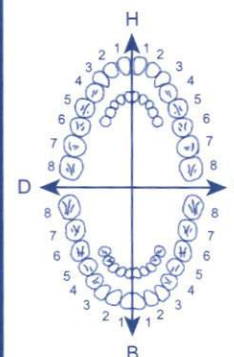
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

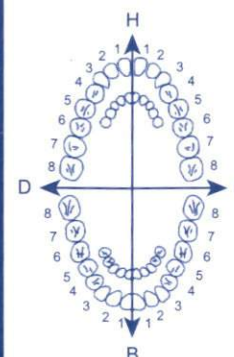
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

مصحة دار السلام  
UE DAR SALAM

Casablanca, le 17/06/2020.

Rachid Ep. Benmoussi Soumiger,



Bipreterax 5/4,25 mg 1cp/5 le mat.

Diamicron 60mg. 1 cp/5 le mat

44.70 Régie peu sûr



80 6.200 2

Dr HIND EL  
Cardio  
Cardiologie Int  
120, Bd. My. Idriss 1er  
2ème Etage N  
Tel : 05 22 86 20 14

PHARMACIE ABOU SOULAIMA  
4, Rue Abou Soulaïma  
Casablanca

44,70

44,70

44,70

44,70

URGENCES



☒ **valable 3 mois**

Le 17/06/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

*HIND EL FILALI*  
Cardiologie Interventive  
120, Bd. My. Idriss 1er, Résidence My. Idriss  
6ème Étage N°4 - Casablanca  
0522 85 20 74 - Fax : 05 22 22 78 18

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Rachid Ep. Demouri Samiya.*

Présente

*Hypertension Artérielle + diabète.*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*A vie*

Dont ci-joint ordonnance :

*Bipreterax 5/1,25 + banniclon 60.*

(à défaut noter le traitement prescrit)

