

# 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.

**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.

**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.


**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

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0038482

ND: 31245

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)


Matricule : 3710 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DENNOURI MOUSTAFA  
Date de naissance : 30 JUL 1957  
Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA S'ET APP. 11  
MERS SULTAN CASABLANCA  
Tél. : 0670 93 0205 Total des frais engagés : # 858,40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09/05/2020  
Nom et prénom du malade : PATRIE Samira Age: 64  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée  
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 : 09/05/2020

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
09/05/20		7	450,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MODIBO KEITA  
728, Bd. Modibo Keita  
Tél : 05 22 82 65 24 - Casablanca

09/05/20

458,40

# 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

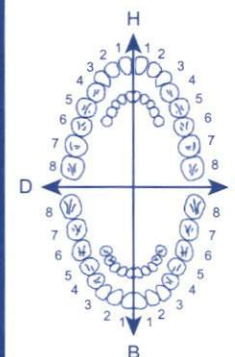
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

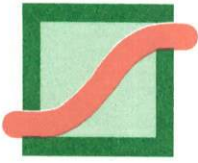
MONTANTS DES SOINS

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 CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 09/05/20

Docteur Mohamed MOUMEN  
CHIRURGIEN VISCERAL  
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE  
76, Bd. Abdelmoumen 20100 - Casablanca  
Tél: 022.23.12.38 - Fax: 022.23.03.11

RACHID

LOUANA

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
Cpr GR  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

HISTANORM® 10 mg 15 comprimés  
PPV 400H00 EXP 09/2021  
LOT 97017 2

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
Cpr GR  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

78,70

Bien agiter avant usage  
Tenir hors de portée des  
Fabricant titulaire de lic  
Heckitt Benckiser Health  
Gaviscon Advance, l'ép  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois  
AMM N°205/15 DMP/21  
PPV: 48 DH 40

Bien agiter avant usage  
Tenir hors de portée des  
Fabricant titulaire de lic  
Reckitt Benckiser Health  
Gaviscon Advance, l'ép  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois  
AMM N°205/15 DMP/21  
PPV: 48 DH 40

URGENCES 24 / 24