

# RÉCOMMANDATIONS 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : [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)

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.

S : 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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 051356

ND: 31844

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9955 Société : Amedeus Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Soufiane Khallouki

Date de naissance : 08/04/1972

Adresse : CGR, Ville Vete, 626

Tél. : 0662791058 Total des frais engagés : 299,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : Khallouki Samad Age : 18

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infectieuse

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 : Casablanca Le : 06/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# 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
04/03/2020		5 200 04		dermos... 405, Bd Al Goul... 1er étage N°6, Ain Chock - Casablanca. Tél. / Fax : 05 22 21 60 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE GREEN...  
Dr. Maria AZEM...  
Centre Commercial...  
Ville Verte - Bouskoura - Tél.: +212 5 50...  
04/03/2020 99,30

# 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

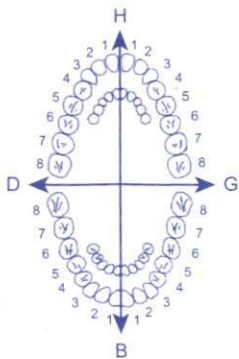
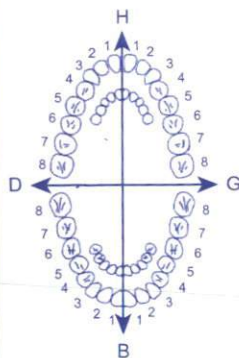
		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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				
	<div>H</div> <div>25533412   21433552</div> <div>00000000   00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000   00000000</div> <div>35533411   11433553</div> <div>B</div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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'E



**Docteur Naila DRAOU**

**Dermatologue Vénérologue**

Doctorat et spécialité à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme de cosmétologie - Médecine Esthétique et Lasers à  
la Faculté de Médecine de Besançon (France).

Peau - ongles - cheveux - médecine esthétique - chirurgie - épilation et traitements lasers

Casablanca, le : 04/03/22

Madame, Monsieur : M<sup>me</sup> LAHOUKI Imad.

① 99,70

①

Lobixen

g.



LOT: 14519011  
PER: 09/2024  
PPU: 99,70 DH

→ g / j = 21 H

②

à l'eau

de 1/5

Xeracalm

1 \* / j

Hà l'averse

40ml

③

Deoxyone

MED

(crème)

صيدلية الخضر  
PHARMACY TOWN  
Ain Chok - Casablanca  
Tél: 05 22 21 60 00  
Fax: 05 22 21 60 00

2 / j sur  
mains - pieds

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
25, Bd. El Qods 1er Etage  
Ain Chok - Casablanca  
Tél: 05 22 21 60 00  
Fax: 05 22 21 60 00

405, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 1<sup>er</sup> étage N° 6, Ain Chok - Casablanca

Tél.: **05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08** - E-mail : [drdraounaila@gmail.com](mailto:drdraounaila@gmail.com)

شارع القدس، إقامة السكن الانيق، عمارة 405، الطابق الاول رقم 6 - الدار البيضاء