

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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** : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-447386

ND: 32054

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7047

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENACHMIN MOHAMMED

Date de naissance :

23.05.1963

Adresse :

LOT HAS FATEH RUE 5 NR13 EL OULA

Tél. :

0662766338

Montant des frais engagés :

349,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 confidentiels 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) :

2020



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/01/12        | C1                |                       | 1500+                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

**Dr. ELKHADRAJ Widad**  
 Médecine Générale  
 El Witrak 3 Rue et N° 89 El Outha  
 CASABLANCA - Tél: 05 22 89 19 27  
 Gen: 06 12 22 06 20

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 20/01/12 | 199,80                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

**STEFANIE ANASSA**  
 CASABLANCA  
 Lotte. Haj Eddine - Tél: 05 22 89 19 27  
 Casablanca - Tél: 05 22 89 19 27

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

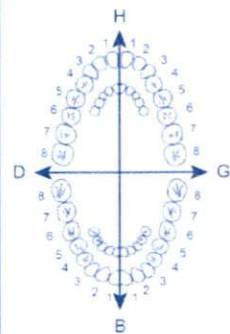
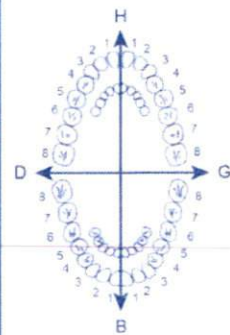
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
|--|--|------------------|-------------|---|
|                                       |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br> | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>           H<br/>           25533412 21433552<br/>           00000000 00000000<br/>           D ————— G<br/>           00000000 00000000<br/>           35533411 11433553<br/>           B         </div> </div> (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
| DATE DU DEVIS [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>DATE DE L'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]     |  |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Widad El Khadraj

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse

Nutrition



الدكتورة ویداد الخضرج

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيف الوزن

Casablanca, le :

29 JAN. 2020

الدار البيضاء في :

cf BGV CHAIR NADIA

PPV: 79,90 DH  
LOT: 620049  
PER: 06/21

70.90x2

11 - Agmehi salt 500

SV

18 del x 2 y p

PPV: 79,90 DH  
LOT: 620049  
PER: 06/21

21 - Baethin 8mg

1 coe x 8 mg dt hogn

40.00

31

SV

no fortan 1000

Widad El Khadraj

STEPHANIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot 5, Hay Wifak, Rue 6 N° 3 Loc. 64  
Casablanca - Tél: 0522 891 927

PPV: 400H00  
EXP: 05/2022  
LOT: 94079 2

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)  
Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Près de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927 - 06 12 220 620