

## 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.

#### 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 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- 047179

ND: 328 38

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RLM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUI Aziz Abdellatif

Date de naissance : 25.05.1949

Adresse : Lotissement BAA LABAK N°48

KIN DIAB CASA

Tél. : 0662889855 Total des frais engagés : 11204,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUI Aziz Abdellatif Age : 71

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Impotence sexuelle Anémie

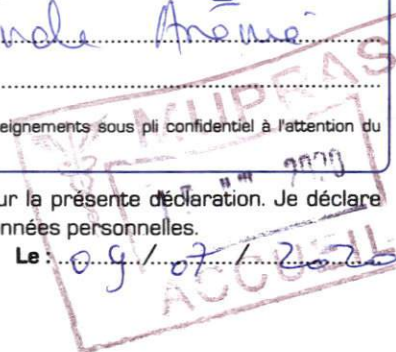
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09/07/2020

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
19/05/2020	A	5		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2020	11.204,82

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

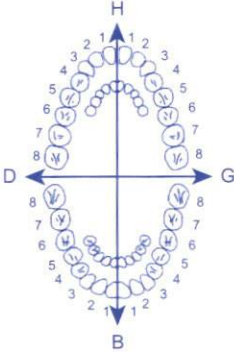
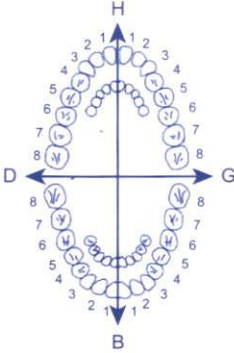
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'...

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>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



## Ordonnance

Casablanca, le 19/05/2020

N° chéoni Aziz Abdelbati



2.801,00 x4

Aranesp 40

11.2040

2mg / seu

4 fois

Pharmacie ALIN DIALYSE  
N° 203, Bd Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani, Casablanca  
Tél: 05 22 39 94 64 - Fax: 05 22 39 94 06

Centre des Maladies du Rein  
et de Dialyse - AL AMINE  
Dr. MEKOUAR  
Sofia

Distribué par FMC Pharma Afrique  
Technopole de Nouasser Maroc  
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM(Aranesp 40) N°: 167/18 DMP/21/NRS  
PPV: 2 801.00 DH

2801,00

Aranesp® 40 µg ☒  
Solution injectable en seringue préremplie  
Boîte de 4 seringues préremplies sécurisées



1012616

Aranesp® 40 µg ☒  
Solution injectable en seringue préremplie  
Boîte de 4 seringues préremplies sécurisées



1012616

Distribué par FMC Pharma Afrique  
Technopole de Nouasser Maroc  
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM(Aranesp 40) N°: 167/18 DMP/21/NRS  
PPV: 2 801.00 DH

Aranesp® 40 µg ☒  
Solution injectable en seringue préremplie  
Boîte de 4 seringues préremplies sécurisées



1012616

Distribué par FMC Pharma Afrique  
Technopole de Nouasser Maroc  
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM(Aranesp 40) N°: 167/18 DMP/21/NRS  
PPV: 2 801.00 DH

Aranesp® 40 µg ☒  
Solution injectable en seringue préremplie  
Boîte de 4 seringues préremplies sécurisées



1012616

Distribué par FMC Pharma Afrique  
Technopole de Nouasser Maroc  
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS  
AMM(Aranesp 40) N°: 167/18 DMP/21/NRS  
PPV: 2 801.00 DH

Pharmacie de Nouasser  
Maroc