

## 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 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

- 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 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° W19-520932

33837

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7131

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJOUA ANNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



## 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 traitements canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	--	-------------------	---------------------	-------------

## SOINS DENTAIRES

Treaties

Soins

Coefficient

FIN D'EXECUTION	
DEBUT D'EXECUTION	
MONTANTS DES SOINS	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	

## DETERMINATION DU COEFFICIENT

0	25533412	00000000	0
6	21433552	00000000	6
8	35533411	00000000	8
	11433553	00000000	

## MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular chromosome. It is a circle with a vertical line through the center representing the centromere. The top half of the circle is labeled 'B' at the top and 'D' on the right. The bottom half is labeled 'H' at the bottom and 'G' on the left. The circle is divided into four quadrants by the centromere and a horizontal line. Each quadrant contains a series of small circles representing genes. The top-left quadrant has genes labeled 1 through 12. The top-right quadrant has genes labeled 1 through 12. The bottom-left quadrant has genes labeled 1 through 12. The bottom-right quadrant has genes labeled 1 through 12.

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

A diagram showing a circular arrangement of 24 cells, numbered 1 to 24. The cells are arranged in a ring, with a central cross labeled B, D, and H. The cells are numbered 1 to 24, with 1 at the top and 24 at the bottom. The cells are arranged in a ring, with a central cross labeled B, D, and H.

[illegible]

## 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Montant détaillé  
des Honoraires

ttendant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Montant de la Facture	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Montant de la Facture

[illegible]

## ANALYSES - RADIOGRAPHS

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

ate

Designation des

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partien	Date des Soins	A M	P C	I M	I V	Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Particien

ate des  
soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



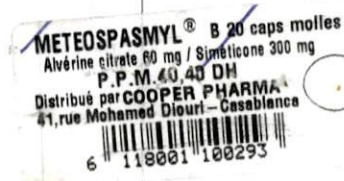
Pharmacie ZYMA  
MOUTAA ZAKIA  
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :63591  
Date :08/07/2020

Client :  
MME BENJDIA AMINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
METEOSPASMYL COMPRIMES	1	40.40	40.40
RHINOFEBRAL B/20 GELULES	1	14.30	14.30



PHARMACIE ZYMA  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lydie Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

Total TTC = 54.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS 70 CTS

LOT : 190493  
UT AV: 05/2022  
PPV: 14,300  
UT AV: : LOT N° : PPV (DH)

patente /34712678  
ice / 000514272000012