

# 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.

## Diologie 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 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](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.

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059090

ND: 35423

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1540 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661564134 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 04 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES</b>																						
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																			
<p><b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b></p>				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																		
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																		
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																		
<p><b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b></p>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D ————— G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D ————— G			00000000		00000000	35533411		11433553	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>	<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		H																				
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
D ————— G																						
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>CHE RRAAT Epouse</u>	Mle <u>1540</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14/0028586</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>951 DH</u>	<u>1</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1540	Signature de	
Nom & Prénom CHERRAT EL HOUSSEINE		Signature de		
Fonction RETRAITE	Phones 0661664534		Signature de	
Mail ouaischerat@icloud.com		Signature de		
MEDECIN		Prénom du patient Cherat Elhoussine		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 81		Date 14 MAI 2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
H.B.P.				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		GUENNOUN Monemmed Medecin Expert Assermenté auprès Les Tribunaux Tél: 28.99.71		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	-	15000		
PHARMACIE		Date 14/05/2020		
Montant de la facture		PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abdelkrim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522.23.54.49 / 05.22.68.47.20		
804.00 BH		CACHET		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

eur Haj GUENNOUN Mohamed

MEDECINE GENERALE

EXPERT ASSERMENTÉ

ECHOGRAPHIE

الدكتور الحاج غنّون محمد

الطب العام  
خبير محلف

الفحص بالصدى

Casablanca, le 16 MAI 2020 : الدار البيضاء في

F- CHERRAT EL HOUSSEINE

Xatral 10



267.00

X3

801.00 DH

1 cp / 1

à trois fois (3mg)

الدكتور غنّون محمد  
خبير محلف لدى المحاكم  
Dr. GUENNOUN Mohammed  
Médecin Expert Assermenté  
Auprès Les Tribunaux  
Tél: 28. 99. 73

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd. Mohammed VI  
Oasis - Casablanca  
Tél: 0522.28.99.79 / 0522.61.85.40 / 06.61.15.56.19

96، زنقة وليلي - حي العيون - درب السلطان - الدار البيضاء

96, Rue Walili - Hay Laâyoun Derb Soltan - Casablanca

Tél. : C. : 05.22.28.99.79 / D. : 05.22.61.85.40 - GSM : 06.61.15.56.19