

## 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 canaux, 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 canaux.

#### 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- 059998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique ☒ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2949 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAKICI L'Houssene

Date de naissance : 1970

Adresse : EL FASSA

Tél. : Total des frais engagés : 241 + 150 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS  
Médecine Générale  
D.I.U. Diététique et Diabétique  
73, Bd Souhaib Erroumi, 1er Etage  
Casablanca - Sidi Bernoussi

02 SEP. 2020

Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : EL BEZZAZ

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

Nature de la maladie : Diabète et Hypertension

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) :



# 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
25/08/2020	C		15200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/2020	344,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

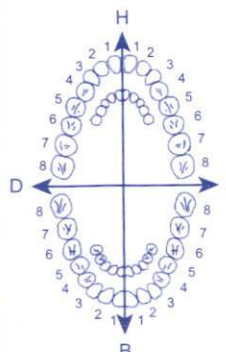
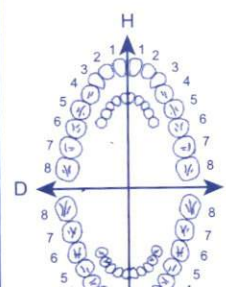
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS			

**Dr.Souad OUZIT**

Médecine générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولى  
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : ..... 25 août 2020 ..... الدار البيضاء

**Mme ELBEZZAZ SEMLAIEP OUAKKI Lalla Saadia**

78,70 + 44,70  
1/ DIAMICRON 60  
1CP MATIN

107,60  
2/ STAGID 700

1.1.1

134,93  
3/ LEVOTHYROX 50  
1CP

680 x 3  
4/ LEVOTHYROX 25  
1CP

49,60  
5/ D CURE FORTE 100.000  
1 AMP /1MOIS

-----  
Traitement pendant : 3 Mois

Rendez vous le :

373 شارع صهيب البرنوصي / البرنوصي 3 المنصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72  
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tel.: 05 22 73 72 72



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

12

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023



6 118001 320103

2

3

107,60

LOT  
EXP  
PPV

201262  
05 2023  
107.60

**STAGID® 700 mg**  
100 comprimés



6 118000 021292

78,70

44,70

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60mg**  
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60mg**  
30 comprimés



6 118001 130153