

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-488378

ND: 44799

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2460 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HASSAN  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 0668922933 Total des frais engagés : 427,40 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 : 20.01.2020

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) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                       | Date       | Montant de la Facture |
| <br>PHARMACIE DE CASABLANCA<br>Bd El Mahatta - Casablanca<br>Tél 05 22 80 09 70 | 17/10/2020 | 477,40                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

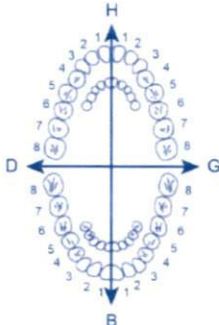
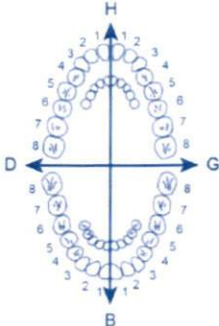
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

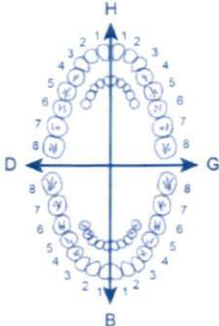
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|   |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |
|  |                   |                     |             |                            |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |  |
|--|---|--|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |  |
|  | (Création, remont, adjonction)  |  |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie  
Maladies des Reins et Hémodialyse  
Ancien Interne et Chef de Clinique  
des Hôpitaux de Paris  
Médaille d'or de la Faculté Cochin  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris

Casablanca, le 17/10/2020

M. DAVALI HASSA

58,40

SOLUPRED 20mg 21g peach



LOT: M0057  
EXP: MAR 2022  
PPV: 419,00 DH

419,00

AVELUX 400mg 1g peach



7gms (1 boîte)

477,40

Docteur Anis LAHLOU  
NEPHROLOGIE  
Angle Bd Ghandi et  
2, Rue Kadmiri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 61 48

صيدلية الدكتور انيس لاهلوي  
PHARMACIE Dr. CASABLANCA  
160, Bd El Mehdi - Casablanca  
Tél: 05 22 86 80 70