

## 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° W19-425673

50089

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10304

Société :

RATI

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HERZOUNI Idrissi Mohamed

Date de naissance :

09/03/1970

Adresse :

N6 Tmb B bloc 17 Résidence Chabab  
Avenue Sebaste Casablanca

Tél. :

064 2396 0102

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HERZOUNI Idrissi Med

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Néoplasie du foie et des voies biliaires

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.

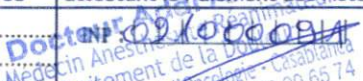
Fait à :

Le : / /


\$



### 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
11/11/2020	S		6.000,00	 Dr. Chabab Médecin Anesthésiste - Odonatologue Centre International d'Odonatologie - Casablanca Tél: 05 22 75 81 81 / Fax: 05 22 99 65 74

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Chabab Casablanca 4A Mag N° 37 / 38 Sin Sebba Bernoussi Casablanca Tél: 05 22 75 59 16	11/11/2020	4404,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

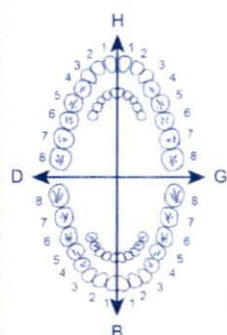
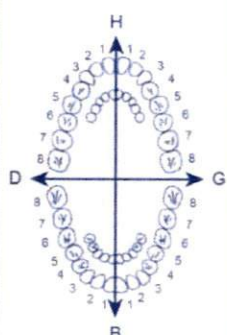
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZENITH Pharma  
ARIXTRA 7.5 mg/0.6 ml  
10 Seringues pré-remplies à usage unique  
6 118001 271849  
AMM N°: 17/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 1468,00 DH

ZENITH Pharma  
ARIXTRA 7.5 mg/0.6 ml  
10 Seringues pré-remplies à usage unique  
6 118001 271849  
AMM N°: 17/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 1468,00 DH

ZENITH Pharma  
ARIXTRA 7.5 mg/0.6 ml  
10 Seringues pré-remplies à usage unique  
6 118001 271849  
AMM N°: 17/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 1468,00 DH

Casablanca, le :

11/11/2020

M<sup>r</sup> MERZOUKI IDRËSSI  
Mohamed.

1468.00 x 3 ⇒ 4404.00

- Arixtra 7.5mg

PHARMACIE CHABAB CAS  
Cité Chabab, Imme. 4A Mag N° 37 /  
Ain Sebaa Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 59 16

1 injection en sc. à 20 heures  
(à poursuivre) voir le Dr BENCHAOUA  
Zineb.

- Solyred 20mg

02 cp le matin pendant 03 jours  
puis 01 cp le matin pendant 02 jours  
puis STOP

- Océdes 20mg

1 gélule le soir

- Dylhalac = 1 cās x 3/jour  
STOP si diarrhées



*Chy*