

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0004154

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société : 50562

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OULADA Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537205192 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04154

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																								
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratique et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. 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	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins										
	H																							
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la prothèse			Date du devis																					
			Fin de																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">VOLET ADHERENT</td> <td>NOM: OULADA M'HAMED</td> <td>Mle 191</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DECLARATION N°</td> <td colspan="2">W16-055916</td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td colspan="2">Nbre de pièces jointes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>*1691,50 DH*</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</td> </tr> </table>					VOLET ADHERENT		NOM: OULADA M'HAMED	Mle 191	DECLARATION N°		W16-055916		Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes			*1691,50 DH*			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
VOLET ADHERENT		NOM: OULADA M'HAMED	Mle 191																					
DECLARATION N°		W16-055916																						
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes																						
	*1691,50 DH*																							
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																								

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT ...../...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	COURRIEN
Nom & Prénom OULADA M'HAMED			
Fonction Retraité	Phones 0537205147		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient OULADA M'HAMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
HTA - Diabète - fumeur - tabac			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
12.10.22	4	2000,75	
PHARMACIE		Date 12/10/22	
Montant de la facture		1491,50	
INPE : 102070414			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
ACCUEIL			

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

Distribué par Roche S.A.

9d. Sidi Med Ben Abdellah  
Voie 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



3 118001 050697

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

de 12. 10. 2020

Oulada, M'hamed

4420 Diamicon 60

2820 19/jan po

pl' Zouci

10620x3 Cardura 2mg

320x3 19/ le soir

pl' Zouci

1138x3 Mykenum 1mg

340x3 19/j

pl' Zouci

Esidren 25mg

306x3 19/j

pl' Zouci

122x3 2 DNOF 6mg

123,40

19/j Zouci

222x3 Cardio aspir 100

3140

19/j pl' Zouci

299x3 Madopar

1491,52 19 1/2 le soir pl' Zouci

صيدلية صومالية حسن  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Tajeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



18001 090280

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT

40 Zankat Abdelmoumen

Tel : 73 11 07 - RABAT

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



LOT : 200501  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT AV :

LOT : 200501  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT AV :

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



Exp :  
N° Lot :

30,60



PPV :  
Exp :  
N° Lot :

30,60



LOT : 200501  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

LOT N° :

UT AV :

PPV (DH) :

PHARMACIE HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 12/10/2020

FACTURE N°: 5808

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
2	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	213,40
1	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	106,70
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	MADOPAR 250MG/100 CP	298,00	7	298,00

TVA 7%: 65.29

Total : 1 491,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT ONZE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1  
UTAV: 0 3 2 4  
P.P.V: 1 0 6 7 0

09366003/5

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1  
UTAV: 0 3 2 4  
P.P.V: 1 0 6 7 0

09366003/5

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1  
UTAV: 0 3 2 4  
P.P.V: 1 0 6 7 0

09366003/5

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1  
ITAV: 0 3 2 4  
P.P.V: 1 0 6 7 0

09366003/5

Pharmacie Saymaat Hassan  
Tareb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tel.: 0537720250

242600030-02

242600030-02

242600060-02

242600060-02

هيبيريوم<sup>®</sup> 1 ملغ

ريلمينيدين

**HYPERIUM<sup>®</sup> 1mg**

rilmenidine.

30 comprimés

30 قرصا



رقم المجموعة - Lot n°

يستخدم قبل : - à utiliser avant :

02 404 55 27

هيبيريوم<sup>®</sup> 1 ملغ

ريلمينيدين

**HYPERIUM<sup>®</sup> 1mg**

rilmenidine.

30 comprimés

30 قرصا



رقم المجموعة - Lot n°

يستخدم قبل : - à utiliser avant :

02 404 55 27