

# 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

ND = 20697

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003794

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société : *[Signature]*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *[Signature]*

Nom & Prénom : BATASSALAH YAHMI Date de naissance : 01.02.1975

Adresse : LALLAMERIE M BC 8 W 16 CABA

Tél. : 06 63 43 66 40 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*[Stamp: Dr. SANDAOU Mostafa, Médecine Générale, En Face Cinéma Saad, 35A, Mohammed VI, Tel. 60-20-20, CASABLANCA]*

Date de consultation : 06 FEB 2020

Nom et prénom du malade : BASSAM *[Signature]* Age : *[Signature]*

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

Nature de la maladie : *[Signature]*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *[Signature]*

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) : *[Signature]*



# 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
08 Fév 2020	C	1	150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/02/2020	1508,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

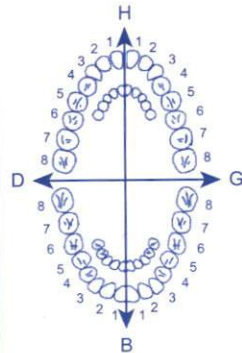
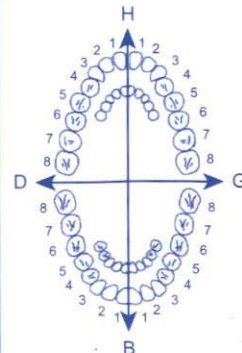
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SANDAOUI Mostafa

Medecine Générale

Ancien Médecin à l'Hôpital AL Hassani

Nador

356, Av. Chouhada (en Face Cinéma Saâda

Hay Mohammadi - Casablanca

Tél : 05 22 60 20 20

الدكتور سنداوي مصطفى

الطب العام

طبيب سابقا بمستشفى الحسني

الناظور

356, محج الشهداء (مقابل سينما السعادة)

الحي المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 60 20 20

06 FEB 2020

BATA PR LAYACH

Pharmacie Ibrahima  
Hay Mohammadi  
Tél: 05 22 60 20 20  
356, Av. Chouhada - Casablanca

34.60 x 6

lastrix

75

21.80 x 5

2 Arpic 100

75

108.00 x 4

2 Ramipril 10

75

99.00 x 4

4 LP Nor 20

75

113.50 x 4

5/ Cromoglycate

75

1598.60

5/ flix

Dr. SANDAOUI Mostafa  
Medecine Générale  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 60 20 20



LOT: 19057  
PER: 02-2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19057  
PER: 02-2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 18258  
PER: 04-2021  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19057  
PER: 02-2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 19057  
PER: 02-2022  
PPV: 113,50 DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 190219  
UT AV: 03/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH

LOT: 191266  
UT AV: 07/2022  
PPV: 99,00DH