

## 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W19-513591

17237

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENAÏSSA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

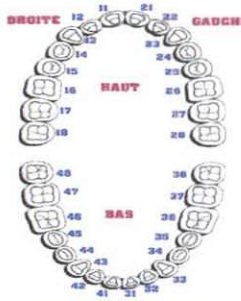

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES												
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué 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								
												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux									
	<table border="1"> <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> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												
		Date du devis										
		Fin de										
VOLET ADHERENT												
NOM : .....		Mle										
DECLARATION N°		W18-390320										
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes										
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		W18-390320	DATE DE DEPOT ...../...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1014
Nom & Prénom		BENAISSA Abdelkader	
Fonction		Retraite	
Phone		066874405	
Mail		benais.kd@air.m	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent		Azzouy Fadia	
Conjoint		Enfant	
Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Brochite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		150,-	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		16/11/19	
T : 139.40			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام

خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 2019 : الدار البيضاء، في :

Azzouj Facha

55,00

- Amoxicil 1g



18,00 Mx 21

- Pulsoflide



42,00 Mx 31

- Predni 20g



24,40 3g

- si prise par 5g

- Cogitaxodal para 500

Mx 2

139,40

PHARMACIE RESIDENCE ANNAM  
Sitiou GUERRE ANNAM  
4, Résidence Annaïm - Oulfa  
Tél: 05 22 91 32 44 - Casablanca  
Dr BOUDAD Latifa  
Médecin Général  
Lot Annaïm, Imm A20 Mx 3 Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 44

LOT N°:  
UT. AV :  
PPV :  
42,00  
اتباع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 620042  
PER: 02/21

PPV (DH):  
LOT N° :  
UT. AV. :  
18,00  
**pulmofluide®**  
simple

6 118000 02036  
Non remboursé  
12 Suppositoires Adultes  
COQUELUSSEOL PARACETAMOL 500  
ADULTES  
12  
suppositoires  
LOT 190641  
EXP 03 22  
PPV 24,40 DH