

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° 17518

N° W19-514815

MSI R  
OCC

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3398 Société : .....

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

Nom & Prénom : DEROUSS EL HENDI

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-514815

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 : .....



A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle: 3338	
Nom & Prénom: DEROU ALHADDI			
Fonction: PNT	Phones: 0661106196		
eMail: mehdi.deroi@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient: SALIM DEROU	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age: 23 ans
Date: 25/07/19		Date 1ère visite:	
Nature de la maladie: Colère spasmodique			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances:			
Nature des actes: C		Nbre de Coefficient: 250,00 DHS	
Montant détaillé des honoraires:			
PHARMACIE		Date: 24/07/19	
Montant de la facture:		193,00 DA	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date:	
Désignation des Coefficients:		Montant détaillé des Honoraires:	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date:	
Nombre:		Montant détaillé des Honoraires:	
AM	PC	IM	IV

Dr MAZINI BARATTE Françoise

Diplômée de la faculté de MONTPELLIER

MEDECINE GENERALE  
HOMEOPATHIE

117, rue Ibnou Mounir (ex Esterel)  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 0522 99 17 74

الدكتورة مزيني بارات فرانسواز

خريجة كلية مونبليي

الطب العام  
الطب المثلي

117، زنقة ابن منير (استغال سابقا)  
المعاريف - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 99 17 74

## ORDONNANCE

DEROUÏ Salim

Casablanca, le : 24 JUL 2019

99,50 x 2  
159,00

Curcol



2 capsules x 2/jour p 3 à 5 jours

Dr. BARATTE MAZINI F.  
MEDECINE GENERALE  
117, Rue Ibnou Mounir  
CASABLANCA



capsules  
**CurCol**®

Lot: B181220001

A consommer de

préférence avant le: 12/2021

PPC : 99,50 DH



capsules  
**CurCol**®

Lot: B181220001

A consommer de

préférence avant le: 12/2021

PPC : 99,50 DH