

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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° P19- 045654

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **240411**

Matricule : **9985** Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **PNC Reforme**  
Nom & Prénom : **EL MADI SALWA**  
Date de naissance : **26 oct 1973**  
Adresse :  
Tél. : **0808 54 9850** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BENJELLOUN Najib  
SPECIALISTE ORL  
235, Boulevard Yacoub El Mansour  
App. No 5 - 2ème Etage  
Résidence : Al Antal  
1/ 95.12.20/90 - CASABLANCA**  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : **EL MADI SALWA** Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **obit parodontite bil**  
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 : **CASA** Le : **09 MARS 2020**  
Signature de l'adhérent(e) : **Salwa**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045654


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 :



# 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
			300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

06/03/20 323.40

## 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

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

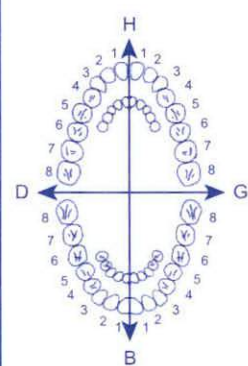
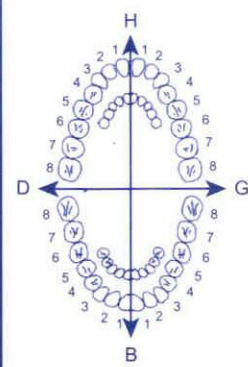
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 l'O

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET O.R.L

**Docteur Najib BENJELLOUN**  
**SPECIALISTE O.R.L.**  
**OTORHINO - LARYNGOLOGIE**

Maladie et Chirurgie Oreille, Nez Gorge  
 Chirurgie de la Face du Cou

Exploration et Chirurgie de la Surdité et des Vertiges

Ex. Médecin    L'Hôpital 20 Août, Casablanca

Ex. Chef de Service O.R.L.    L'Hôpital Hassan II, Settat

**الدكتور نجيب بن جلون**

اختصاصي في   مراض وجراحة

ال  ذن - ال  نف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

تشخيص وجراحة الصم والدوخة

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم   مراض وجراحة ال  ذن - ال  نف والحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابقا

Casablanca, le : 06/03/2020 : الدار البيضاء, في :

205,00 ECMASDI SAROVA.

TAVANIC 500mg.

58.40

- Effipred 20mg.

30,00x2

- Rocatop.

323,40 pol

PHARMACIE AL AMANA  
 Mme. Amal Soumi Samira  
 Département en Pharmacie  
 13, Rue Annarjis Beauséjour  
 Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

**BENJELLOUN Najib**  
**SPECIALISTE O.R.L.**  
 Boulevard Yacoub El Mansour  
 App. No 5 - 2  me étage  
 Résidence Al Anfal  
 2089/90 - CASABLANCA

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
 EXP 11/2022  
 LOT 90021 1

LOCATOP 0,1%  
 CREME T30G  
 P.P.V : 30DH00  
 LOT : 19E004  
 PER : 09 2022  
 118006 012061

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P. 1,  
 Ain Seba   Casablanca  
 Tavanic 500mg cp pel b7  
 P.P.V : 205,00 DH  
 LOT : 19E004  
 PER : 09 2022  
 118001 081236

LOCATOP 0,1%  
 CREME T30G  
 P.P.V : 30DH00  
 LOT : 19E004  
 PER : 09 2022  
 118006 012061

05 22 95 12 89 : الهاتف - الدار البيضاء - في

235, Bd Yacoub El Mansour - R  sidence Al Anfal, App. 5 - 2  me   tage - Casablanca - T  l : 05 22 95 12 89