

## 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](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 - 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-527758

27/2/19

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8602 Société : PAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : IRACLI KARIM

Date de naissance : 01/10/1997

Adresse : 357 IMPAGRENTOWN BOUSKOURA

Tél. : 0661296987 Total des frais engagés : 300+560, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/2/2020

Nom et prénom du malade : BRAQI ERIS Age : 16 ans

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

Nature de la maladie : affection cutanée

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 : 27/2/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
10/10/2000	C3	1	300,00	INP : [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	27/10/2000	560,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

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

	DES TRAVAUX															
	MONTANTS DES SOINS															
	DEBUT D'EXECUTION															
	FIN D'EXECUTION															
	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>															
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>26533412</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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
	H	H														
	26533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B	B															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



## CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

**Docteur Samira MANSOURI**  
**DERMATOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية  
في أمراض و جراحة الجلد

Je 27/02/2020

Drangé Yves

1/- EFFACLAR H Crème  
lourde  
lourde vifc 2/3 h

2/- KERACNYL  
Repaire Crème  
lourde

# CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

**Docteur Samira MANSOURI**  
**DERMATOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية  
في أمراض و جراحة الجلد

PHARMACIE  
Route d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani  
Tel: 05 22 99 57 46

21/02/2020

IRA 9i

21/02/2020

$69,00 \times 6 = 414,00$

1/- Tetra mytel 300

1 gel 1j

1 Pere a/s repes

3urs

146,60

EPI Duo, gel

2/- appliquer 1 petite miette  
1 bri sur 2 — 158'  
560,60

EPIDUO GEL  
Tube de 30 g  
PPV: 146,60 DH  
AMM N°02/14 DMP/21/NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
S.p. N°1 27182 Bouskoura  
6 118001 071692

avant les soins

Zug

Signature

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800