

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-510337

ND: 28839

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FARAHATE Youssef  
 Date de naissance : 27.10.1955  
 Adresse : 19, rue Lancelotti, Ali Bay  
 Tél : 0664071589 Total des frais engagés : 722 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/2020  
 Nom et prénom du malade : FARAHATE Youssef Age : 01/03/00  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie neurologique chronique  
 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 : Tanger

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-510337

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 : 01981  
 Nom de l'adhérent(e) : Farahate Youssef  
 Total des frais engagés : 722 DH  
 Date de dépôt : 15.06.2020



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
05/06/20				INP : 07111371 [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Cachet]	05.06.20	377,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Cachet]	12.06.20	B 250	345,-

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				Coefficient DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>021433552</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	05533412	021433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX [ ]
	H		H																						
	05533412	021433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

05/06/2020

FARAHATE

Hande

62.30 x 6  
1

Neotinin



1/2 CP

x 04/j

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

H de 03 mois  
renouvelable.

T. 377.40<sup>CH</sup>

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

Pharmacie du  
Slimane Bani  
30 - TAN  
039 55 55 55

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
PPV : 62,90 DHS

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

05/06/2020  
Dr FARAHATE Houda

cortisolemie de 08h.

مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIODIAGNOSTICA  
89, Bd. Mousse Ben Noussair - Tanger  
Tél.: 05 39 93 29 99 - Fax: 05 39 93 97 23

(12/06/2020)

22

Prov 15/06/2020



BIODIAGNOSTICA  
89, bd Moussa Ben Noussair  
Tel, 039-93-29-69  
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568  
IF N°81457870 ICE N°001620299000091 INP N°163001852

Tanger le 12 juin 2020

Mademoiselle FARAHATE HOUDA

FACTURE N°	2615		
Analyses :			
Cortisol Plasmatique à 8H (Architect) -----	B	250	Total : B 250
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			345,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Quarante Cinq Dirhams

مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIODIAGNOSTICA  
89, Bd. Moussa Ben Noussair - Tanger  
Tél.: 05 39 93 29 69 - Fax: 05 39 93 97 23

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIODIAGNOSTICA

الدكتور بنتهيلة سمير

اختصاصي في الهندسة البيولوجية

خريج جامعة هنري بوان كاري نانسي 1 - فرنسا

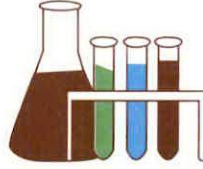
Docteur BENTAHILA Samir

Spécialiste Génie Biologique

Diplômé de l'Université Henri Poincaré

NANCY 1 - FRANCE

مختبر التحليلات الطبية بيودياغنوستيكا



الدكتور بنتهيلة رشيد

اختصاصي في التحليلات الطبية

خريج كلية الصيدلة ستراسبورغ فرنسا

Docteur BENTAHILA Rachid

Spécialiste des Analyses Biologiques

Diplômé d'Etat de la Faculté de

STRASBOURG - FRANCE

Hématologie - Biochimie - Parasitologie

Bactériologie - Virologie - Immunologie

Date : 12/06/20

Patient : Mademoiselle FARAHATE HOUDA

Tanger le : 12/06/20

Prélèvement effectué à 07:06

\*119809\* 119809

## HORMONOLOGIE

Normales

Cortisol Plasmaticque à 8H----- : 550 nmol/l  
( Tech: Chimiluminescence Architect 1000 SR)

101,2 - 535,7

☒ valable 3 mois

Le 05/06/2020

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>FARAHATE HOUDA</b>	
Présente <b>Myasthénie auto-immune</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <b>Meslinon 1/2 cp x 04/j</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	