

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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 ALÇ :

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'Hôloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009602

N° 54 340

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1827 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : A Zough Rkia

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 : Rkia 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° M20-09602

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 : .....

# 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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

DECLARATION N°

W18-352997

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

W18-352997

DATE DE DEPOT

...../...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12 27

Nom & Prénom AZOUGH RKIA

Fonction : Veuve

Phones. 0522 219454

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient AZOUGH RKIA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

29/10/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Arthralgie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

150,00

## PHARMACIE

Date 27/10/20

Montant de la facture

228,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

31 DEC 2020

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

MUPRAS  
ACCUEIL  
JAN. 2021

12 27

بسم الله الرحمن الرحيم

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق  
دكتور في الطب

Docteur Mohamed AATIK  
Docteur en Médecine



Casablanca le 27.10.20

• الطب العام

• حائز على شهادة الطب الرياضي  
• أخصائية - التغذية الرياضية

• الطب الفيزيائي - الترويض الطبي  
• الطب الطبيعي

• حائز على شهادة الخبرة الطبية  
• والتعويض القانوني للضرر الجسدي  
• خبير قضائي محلف لدى المحاكم

Dr. AZOUG Rkia

13,2



Alger et ...  
1st 3e 1v

- Médecine Générale
- Diplômé en Médecine de Sport Nutrition Diététique Sportive

83,60



Melrose 15v  
no 4e 1v

- Kinésithérapie Rééducation

56,30



2. cure amyt ...  
10v / 10v

- Médecine Naturelle
- Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique du dommage Corporel

51,50



Defloration 665 PM  
2v 1v

- Expert Judiciaire Assermenté auprès des Tribunaux

23,90



2v 1v  
1v 3v

Docteur Mohamed AATIK  
Médecin du Sport  
Expert assermenté  
Tél.: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

حي مولاي عبدالله، شارع الخليل، الزنقة 132، رقم 6 - عين الشق  
20480 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 85 11 - الفاكس : 05 22 50 84 03

Hay My Abdellah, Bd. Al Khallil, Rue 132 N° 6 - Ain Chock  
20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 50 84 03

228,50

NOVOPHARMA	540
LOT	
UTAV	PPV
23	23.90

23,90

13,90

PPV: 56,30 DH  
 LOT: 20F18B  
 EXP: 06/2022

Lot: PJ1072  
 Per: 09/2023  
 PPV: 51DH50

83,60