

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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 <sup>2007</sup> 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.

## diologie 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 (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- 053012

5 4 288

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0536 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZOUT LHOSSINE

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : HAZ DNARNA Rue 21 N°8 CASN

Tél. : 0662 02 72 49 Total des frais engagés : DH 2220, 00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 DEC 2020

Nom et prénom du malade : TAZOUT LHOSSINE Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection métabolique + Affection cardiovasculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : + Affection Diabète sucré

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


Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*





# 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
3-1-2020	AD		350,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**PHARMACIE DAKHLA**  
91, Avenue Dakhlia  
Hay el Ineray - Casablanca  
Tél.: 05 22 50 10 82

31/12/2020

1870,00

## 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

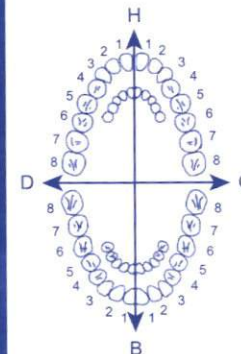
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

## 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

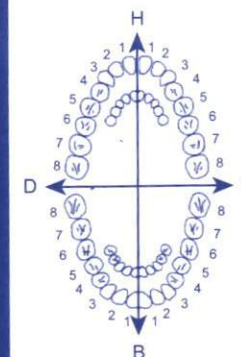
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur EL JAMALI Abdelaziz**  
**SPECIALISTE EN MEDECINE DU TRAVAIL**  
**DIABETOLOGIE - NUTRITION**  
 ECHOGRAPHIE  
 HOMEOPATHIE  
 MEDECINE GENERALE

**الدكتور الجمالي عبد العزيز**  
 أخصائي في طب الشغل  
 أمراض السكري والتغذية  
 الفحص بالصدى  
 الطب التجانسي  
 الطب العام

Casablanca, le : 31 DEC. 2020 : في : الدار البيضاء،

**TAZOUT LHOSSINE**

134.30 - Coaprovel 150/12.5 : 1 ps  
 27.70 - Cardas asperine : 1 ps  
 571 - Novo Rapid :  
 - 18 matin  
 - 16 midi  
 - 12 soir  
 744.00 - Lantus : 160 fan  
 17,10 x 2 - Metformin 850 : 1 ps  
 159.30 - Fletoral 10 : 1 ps  
 Brandeliste de glucomètre  
 100.00 x 2 3 x 1

Coaprovel 160mg/12.5mg  
 P.P.V. : 134.30 DH  
 118001 081028  
 -- LAPROPHAN --  
 PPV : 571DH00

Cardiaspine 100 mg/300ps  
 Acide ascorbique  
 P.P.V. : 27.70 DH  
 Bayer S.A.  
 METFORMINEWIN  
 CP PEL 830  
 P.P.V. : 170H10



PHARMACIE DAL  
 91, Avenue de la  
 Hayel Intra  
 Tél.: 05 22 82 18 95

BIONING  
 Blood Glucose Test Strips  
 2022-03-05  
 212040609  
 Control No.  
 Lot No.  
 30C

313, Bd. EL FIDA - Casablanca  
 Tél.: 05 22 82 18 95

313، شارع الفداء - الدار البيضاء  
 الهاتف: 05 22 82 18 95