

# 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 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **ladie 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 caractére 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)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0008743

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

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

Matricule : ..... 294 ..... Société : ..... RAM ..... (5863L)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... BAKDOUN Rham

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 : ..... 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 : ..... / ..... / .....

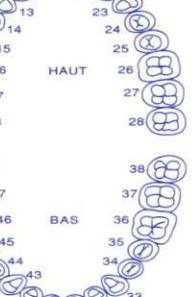
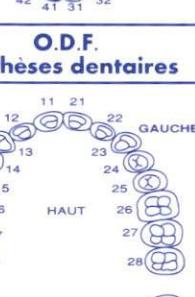
Signature de l'adhérent(e) : .....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Début d'execution</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'execution</b>  <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		 <input type="text"/> <b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'execution</b>  <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mme
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0063216</b>
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> 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

P17 / 0063216

**DATE DE DEPOT**

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <u>BAUDI</u>	<u>00294</u>
Nom & Prénom <u>BAUDID FATHIA</u>		<u>Signature de l'adhérent</u>	
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient <u>BAUDID fathia</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie .....		Date 1ère visite .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>See wif stab</u>			
Nature des actes <u>19.1.6U15</u>	Nbre de Coefficient <u>S</u>	Montant détaillé des honoraires <u>300,00</u>	
PHARMACIE	Date <u>10/11/2024</u>		
Montant de la facture <u>79,80 DT</u>		PHARMACIE SOUFIANE Groupe R. Rue 154 N° 23/25 El Oued Casablanca Tel. : 05 22 99 09 63 I.C.E : 000500246000026	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires <u>595,00 DT</u>		
CACHET		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgie Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Trammatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل



خريج كلية الطب بنات  
رئيس قسم وجراح مستشفيات بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

CASABLANCA  
Casablanca, le : .....  
Mr. (Mme) : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....  
21.00

19. N. LATIF IDRISI  
TRAUMATO - ORTHOPEDIST  
75 Boulevard Massira Al Khadra  
Tel. : 05 22 25 25 16 (السيد)  
Fax : 05 22 25 25 07

℞ Arcocoxia 60 S.V. 10.  
16,60 x 5  
℞ Gelupax 2. V. 12.00  
82.10 x 2  
39.80 ℞ Mexin 20 S.V. 12.30.  
℞ Lavoral gel 300 ml 199  
82.00  
℞ Reluxin 100 S.V. N. LATIF IDRISI  
595.00  
PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
T.C.E. : 00050024600026  
75, Bd Massira Al Khadra - 1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07

Distribué par MSD Maroc  
P.P.V: 221,00 DH  
AMM 450/16DMP/21/NTO



6 118001 160037

16,60  
PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

→ 16,60

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

SYNTHEMEDIC O  
22 rue zoubair bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC O  
22 rue zoubair bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

Amitriptyline

PPV:39DH80  
PER:09/23  
LOT: J2244

16,60

NT LOT: 200082  
DL00: 02/2023  
87,00DH

PHARMACIE SOUIANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oued Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique



الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

### جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنات  
رئيس قسم و جراح مستشفيات بنات  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

BAKIR IDRISS : السيد (ة)

79,80 Ⓛ Neej El 2 Dr. Latif  
75 Boulevard Massira Al Khadra  
Fax : 05 22 25 25 16  
05 22 25 25 07  
05 22 25 25 07  
Al Khadra  
Casablanca, le : 20/01/2011

1/2/2011

201

PHARMACIE SORCIANE  
GROUPE K RUE ISMAÏL N° 23/25  
EL Oufra - Casablanca  
Tel. : 05 22 37 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Dr. N. LATIF IDRISI  
TRAUMATO ORTHOPEDISTI  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07  
05 22 25 25 07

ISOPHARM  
NEWLEX CHAUFFANT

79.80 DH

MFD 10/18  
181009  
LOT  
09/22

192018 ..

PHARMACÉS OULFANE

Groupe K. R.C. N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tel : 05 24 409 63

I.C.E : 0005000000026