

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

## Informations 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 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° M21- 0006210

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3029 Société : RA 60996  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DOUNAS Abd-Elatif  
Date de naissance : 15/12/1955  
Adresse :  
Tél. : 0671413177 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
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° M21-006210

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 : 3029  
Nom de l'adhérent(e) : DOUNAS  
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 prothèse ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                        | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des<br>Montant des soins |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------------------------|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|-------------------|
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| <b>O.D.F.</b><br>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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     | H             |                                      | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  |  | Montant des soins |
|                                                        | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | G             |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|                                                        | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 21433552            |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000                                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000                                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 35533411                                               | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |               |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| (Création, Remont, adjonction)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | Date du devis |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | Fin de        |                                      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |

|                                                                                                                    |                |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>                                                                                              | NOM : .....    | Mle                    |
| DECLARATION N°                                                                                                     | W18-345836     |                        |
| 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 |                |                        |



W18-345836

DATE DE DEPOT

|                                        |                              |          |
|----------------------------------------|------------------------------|----------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>        |                              | Mle 3029 |
| Nom & Prénom <u>DOUNAS Abdelkhalif</u> |                              |          |
| Fonction : <u>Représentant</u>         | Phones <u>05 71 19 17 71</u> |          |
| Mail .....                             |                              |          |

|                                                                                                                |                         |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>MEDECIN</b>                                                                                                 | Prénom du patient ..... |                        |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age .....               | Date .....             |
| Nature de la maladie .....                                                                                     |                         | Date 1ère visite ..... |

|                                                   |                     |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                     |                                 |
| <u>D'ennemi</u>                                   |                     |                                 |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <u>G</u>                                          |                     | <u>25004</u>                    |

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| <b>PHARMACIE</b>      | Date .....              |
| Montant de la facture | <u>494,000 / M12020</u> |
| <u>247,10</u>         | <u>189,00</u>           |
| <u>430,60</u>         |                         |

|                                 |                                 |              |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------|
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> |                                 | Date : ..... |
| Désignation des Coefficients    | Montant détaillé des Honoraires |              |
|                                 |                                 |              |

|                             |    |    |    |                                 |
|-----------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> |    |    |    | Date : .....                    |
| Nombre                      |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
| AM                          | PC | IM | IV |                                 |
|                             |    |    |    |                                 |

PHARMACIE DES STADES 2011  
50, Rue AF FOUAD  
Tel : 05 22 49 25  
Fax : 05 22 49 25  
Rég. 245509-1  
Rég. 245509-2

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie  
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de BESANÇON

Spécialiste des Maladies de la Peau  
et du Cuir Chevelu

3000

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة كلية الطب بيزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر و الأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le, 11/11/20

247,00 x 2

NEXIDIL = 10 jours de bon

494,00

avec une cr de  
sauf prendre / bon,  
Samedi

LOT: 0013  
EXP: JUN 2023  
PPV: 247,00 DH

LOT: 0011  
EXP: JAN 2023  
PPV: 247,00 DH

3000

- Lotion Dermocutém  
anti chute VICHY = 10 jours

prendre / bon  
Samedi

189,00

- Perfecto Cp  
orig. Civeaux = 10 jours (2000)

Fabriqué par: SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 45 75/23 08 74

05 22 23 45 75/23 08 74: الهاتف - الدار البيضاء - معاريف - زنقة الأطلس

E-mail: locatellicolette@yahoo.fr

Slouey NOWRANT

Anti-Chute

1 à 2 slouey par

~~Dr. LOCATELLI Colette~~  
~~Dermatologue~~

45, rue de l'Atlas Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74

Spécialiste des Maladies de la Peau  
et du Cuir Chevelu

PHARMACIE DES STADES 2011  
50, Rue Al Foutat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte.: 35873067  
IF : 40436842

Casablanca le 20.11.20

Q - DOWNTIME

- Landyferm 80  
4015  
22 Septe moli  
Zoo-

- D'une part  
 100.000 vi  
 49,60  
 2 ans 1 ms  
 à l'ave  
 430,60  
 CATELLI Colette  
 tologue  
 Casablanca  
 1974

Dr. LOCATELLI Colette  
Dermatologue  
45, rue de l'Atlas - Casablanca  
Tél : 0522 23 45 75 - 0522 23 08 74

## الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة كلية الطب بيزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد  
و الشعر و الأمراض التناسلية  
طب التجميل

319334

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

**30 comprimés pelliculés**

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 45 75/23 08 74  
05 22 23 45 75/23 08 74: زنقة الأطلس - معارف - الدار البيضاء - الهاتف

E-mail: [locatellicolette@yahoo.fr](mailto:locatellicolette@yahoo.fr)