

# 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.

## Diagnostique 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- 053114

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03722 Société : RAM 59081

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERRAR MUSTAPHA

Date de naissance : 25/06/53

Adresse : 174, Rue Ezzouhairs Ap 605 CASA

Tél. : 0661320772 Total des frais engagés : 225460 + 280100 = 253460 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2020

Nom et prénom du malade : M. Serrar Mustapha Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 10/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
22/11/2020		9	250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/20	2104.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

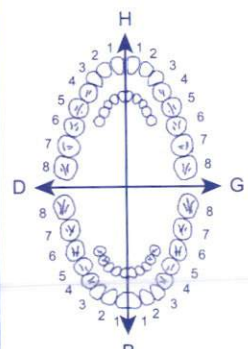
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/12/20					280 elg

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

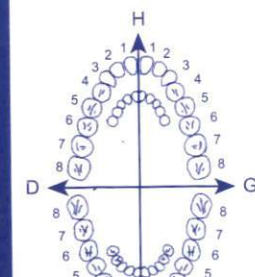
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Diabète - Goitre - Anorexie - Hypertension Artérielle  
Cholestérol - Lipides - Troubles de Croissance  
de Puberté - Sexualité - Ménopause - Andropause  
Stérilité du Couple  
Traitement Complet de l'Obésité

مرض السكري والغدة الذرقية  
الضغط الدموي، الكوليسترول، الدهون  
فقدان الشهية، اضطرابات النمو،  
البلوغ والجنس  
سن اليأس، العقم عند الرجل والمرأة  
العلاج الكامل للسمنى

22/10/2020

Dr. Gerson Aufgebauer

2x \$61.00 New Trip 20 Expenses

32 mi      le    m    shi  
fu      le    shi

3 + 4 5.20

Shree Page 800

14 x 2 1/2  
xps

3+269,00

13  
Lovers 10/18 1975

Handwritten signature: *Dr. D. D. Khaled*

03 Kts de  
50

2، شارع الناصري أياض، الطابق الثاني، المعارف - الدار البيضاء (جامعة المعارف)

9, Rue Cadi Iass, 2<sup>ème</sup> étage (face Ecole Bienfaisance Français, à côté de la Commune Maârif), Maârif - Casablanca

المحمول (المستعجل) : 06 61 63 32 50 - GSM : (si Urgence) 05 22 23 42 15 - Fax : 05 22 23 37 91 - Tél :

E-mail : [kdembri@hotmail.com](mailto:kdembri@hotmail.com) - Site Web : [www.dembri-endocrino.com](http://www.dembri-endocrino.com)

9 104, 60





$\Leftarrow 45,20$

$\Leftarrow 45,20$

$\Leftarrow 45,10$

$169,00 \Rightarrow$

$269,00 \Rightarrow$

$269,00 \Rightarrow$



**ALT MEDICAL sarl**

votre partenaire santé

26/12/2020

CLIENT

84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hopitaux, casablanca

RC: 301495 ; CNSS: 6235627

BANQUE: ATTIJARI WAFABANK; COMPTE N°: 103B000000191

TEL / FAX : (212) 05 22 27 60 31

MOBILE : (212) 06 58 95 71 74

E-mail : alt.medical.sarl@gmail.com

**MR SERRAR MUSTAPHA**

## FACTURE N°2612/20/F102

Désignation	Quantité	P.U HT	P.Total HT
BANDELETTES DE GLYCEMIE B50	2	116,67	233,33
TOTAL H T			233,33
TVA 20 %			46,67
TOTAL TTC			280,00

Arretée la presente facture à la somme de: DEUX CENT QUATRE VINGT DIRHAMS TTC,

Signé



Siège Social : 84, rue salim cherkaoui, quartier des hopitaux casablanca ,

I.F.N° : 15160259 Patente n°:36395103 R.C : 301495 CNSS : 9997753

Tél:(212) 5 22 27 60 31-Fax:(212) 5 22 20 5110 E-mail : alt.medical.sarl@gmail.com.

ICE : 00001064400023