

# 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.

## Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 5 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**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-573512

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11418 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AL MASMOUDI MARIEM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 47 54 30 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed MESBAH  
Gynécologue - Accoucheur  
93, Bd Al Massira Al Khadra  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 62 62  
Fax: 05 22 98 64 64

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AL MASMOUDI Mariem Age :

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

Nature de la maladie : Gyneco

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

18 JAN 2021

c2

300 DM/s

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Docteur Mohamed Al Khatib  
Gynécologue - Accoucheur  
90, Bd Al Mansoura Al Khadra

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/1/2021	224,60

ou du Fournisseur

PHARMACIE DE BORDENNE  
Mlle Amal ELALLANI  
PHARMACIEN  
194, Bd. Bordeaux - CAS  
Tél: 05 22 27 75 21

18/1/2021

92460

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

**Nombre**

AM

PC

IM

IV

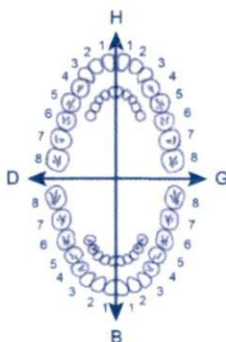
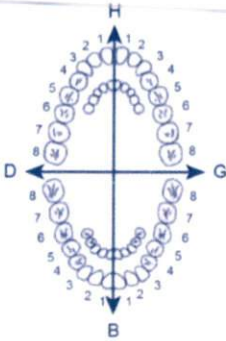
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

## SOINS DENTAIRES

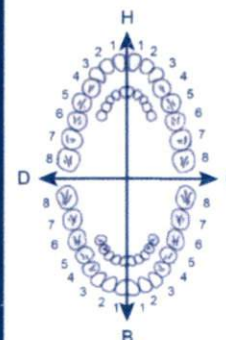
Dents  
Traitées

### Nature des Soins

**Coefficient**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

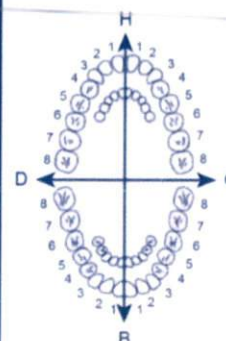
### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

**(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 Mohamed Mesbahi

GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
SPECIALISTE

Titulaire des C.E.S.  
d'Obstétrique et de Gynécologie de la  
Faculté de Médecine de Bordeaux  
Ancien Maître Assistant à la Faculté de  
Médecine et au C.H.U. Averroes  
de Casablanca

Chirurgie Gynécologique - Stérilité  
Colioscopie Opératoire - F.I.V.

93, Bd. Al Massira Al Khadra - Résidence SOROUR  
1er Etage - CASABLANCA

Tél. : 05 22 98 62 62 - Fax : 05 22 98 64 64

Sur Rendez-vous

# الدكتور محمد المصباحي

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ببوردو  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الصحي الجامعي ابن رشد  
بالدار البيضاء

الجراحة النسوية - العقم

93، شارع المسيرة الخضراء - إقامة السرور  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 62 62 - فاكس : 05 22 98 64 64

بالموعد

Casablanca, le 18 JAN 2021 في الدار البيضاء،

Mme Al Masmaoui Mariem

" Lubrifiant Mamm

Dulastop 1g

Relaxium

1 gelule le soir

PHARMACIE DE BORDEAUX  
Mlle Amal EL ALLALI  
PHARMACIEN  
164, Bd. Bordeaux - CASA  
Tél : 05 22 27 75 21

PHARMACIE DE BORDEAUX  
Mlle Amal EL ALLALI  
PHARMACIEN  
164, Bd. Bordeaux - CASA  
Tél : 05 22 27 75 21

Docteur Mohamed MESBAHI  
Gynécologue - Accoucheur  
93, Bd Al Massira Al Khadra  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 62 62  
Fax: 05 22 98 64 64