

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-576235

68345

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9753

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURQUIA AMINA

Date de naissance : 6/1/62

Adresse :

Tél : 06 2523 5027

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/14

Nom et prénom du malade : Bourquia Amina

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 : 19/05/14

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-576235

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
19/05/20		09		16121

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE MAZOUZ e. BENA MAZOUZ Istissak N° 51 Rue 4 Mazoula ay Hassani - Casablanca Tel : 022.93.36.89</p>	19/03/21	79,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montage des Hongroises
<p>19/03/21</p> <p>M. BENAZZOUZ Oum Rabiaa Laboratoire</p> <p>CE: 0522 93 10 Fax: 0522 93 1078 M. BENAZZOUZ Oum Rabiaa El Ouffa - Ca</p>	19/03/21	B330	750/21

[illegible]

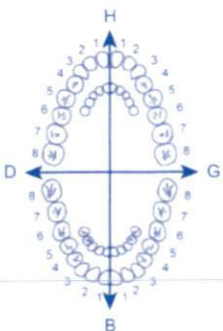
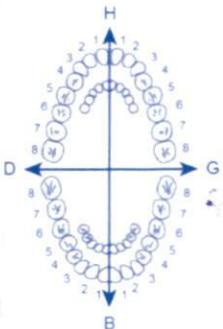
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Direction Régionale Casablanca-Settat

DELEGATION HAY HASSANI



المملكة المغربية

وزارة الصحة

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

مندوبية الحي الحسني

## Ordonnance

Date : 19/03/14

Nom et Prénom :

Barquie Lina



### 1 - Plaquenil 200 mg

1 cp x 3 fois / jour pendant 10 jours ( toutes les 8h )

### 2 - Azthromycine 500 mg cp

- 1 cp j1
- 1/2 cp de j2 à j7 } au milieu des repas

Azithromycine ✓

79.70

### 3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

### 4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

### 5 - D-cure forte

1 amp /semaine pendant 3 semaines

### 6 - Cardioaspirine 100 mg ✓

1 cp /j pendant 10 j

PHARMACIE MAZOL  
me. BENAZZOUZ Abdassat  
N° 51 Rue 4 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel : 022.02.12.89





**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"****Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biologiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

**Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,**  
**genelab2@gmail.com****ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE\_bio : 097163968 - INPE\_labo : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 20/03/2021****Facture N° 190321-051 du 20/03/2021****MUPRAS****Dr : CENTRE DE SANTÉ AL FAJR**

N°Bon de soin

Mle

**Patient Mme BOURQUIA Amina**

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	71,20
CRP: PROTEINE-C REACTIVE	100	89,00
D-DIMERES	200	178,00
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	89,00
UREE	30	26,70
CREATININE	30	26,70
CHOLESTEROL TOTAL	30	26,70
HDL-CHOLESTEROL	50	44,50
LDL- CHOLESTEROL(Selon la formule de Friedewald)	50	44,50
TRIGLYCERIDES	60	53,40
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	44,50
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	44,50
<b>Total B</b>	<b>830</b>	<b>738,70</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>11,51</b>
<b>Total</b>		<b>750,21</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme de :****Sept cent cinquante dirhams 21 centimes\*\*\***

**Laboratoire Généralab**  
**M. BENAZZOUZ**  
**Oum Rabiaâ**  
Tél: 05 22 93 10 60/0522905937  
ICE: 001084109000068  
Patente: 35051078  
Fax: 0522 93 10 61  
Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca