

# 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

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



53872ACC  
CA

## Déclaration de Maladie : N° P19-0022264

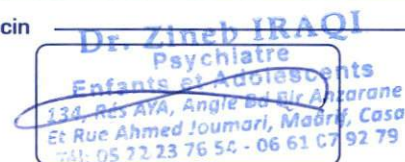
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12070 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KADDIOU Zineb Date de naissance :  
Adresse : Halboulle  
Tél. : 0661233249 Total des frais engagés : 6000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/20  
Nom et prénom du malade : Ismael Abdeslam Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Incapable de travailler  
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 : CASA Le : 08/04/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022264

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 : 12070  
Nom de l'adhérent(e) : KADDIOU  
Total des frais engagés : 6000 Dhs  
Date de dépôt : 08/04/2021



# 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
21/12/20	...	...	...	...

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
...	16/12/2020	20	17	0	24	DEVIS 6000 DH

VOLET ADHERENT

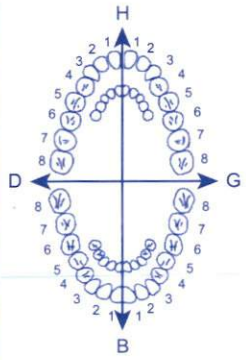
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

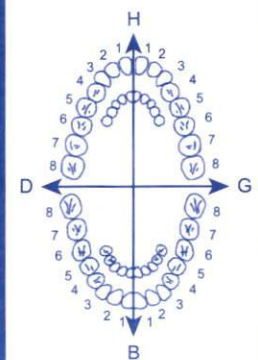
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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	
	du 24/01/21		20	990		60000H
	Au 24/03/21					

VOLET ADHERENT

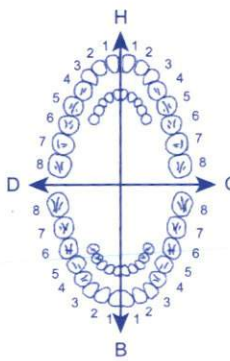
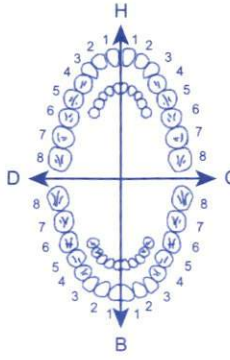
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 09/12/2012 الدار البيضاء في

ismail abed eloua

20 Sciences

Dr. Zineb IRAQI  
Psychiatre  
Enfants et Adolescents  
134, Rue AYA, Angle Boul. Bir Anzarane  
Rue Ahmed Joumari, Maârif, Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 05 22 23 92 75

Hanane LAHROUNI BENCHEKROUN  
ORTHOPHONISTE  
60, Rue Nabouls Maârif Extension  
Casablanca - GSM: 06 06 47 47 77  
Tél. 05 22 23 48 79

N° Dossier: 53872  
N° Dossier externe: ACC-12070-31/12/2020  
Type de dossier: REEDUCATION  
Bénéficiaire: EL ABED EL ALAOU I ISMAIL  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 31-12-2020  
Date de fin:   
Date de saisie: 31-12-2020  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
04-01-2021	Manuel	OK ACC 20 SEANCES ORTHOPH

# DEVIS

---

CASABLANCA, le 17/12/2020

Nom et prénom : EL ABED ALAOUI Ismail

Nombre de séances nécessaires : 20

Honoraires par séance : 300 DH

Montant global : -6000 DH – Six mille dirhams-

Devis délivré ce jour.

Hanane LAHROUNI BENCHEKROUN  
ORTHOPHONISTE  
60, Rue Nabouls Maarif Extension  
Casablanca - GSM: 06 06 47 47 77  
Tél. 05 22 23 48 79



## FACTURE N° : 2021/329

CASABLANCA, le 22/03/2021

Nom et prénom : ABED ALAOUI Ismail

Rééducation du 04/01/2021 au 22/03/2021

Nombre de séances réalisées : 20

Honoraires par séance : 300 DH

Dates des actes réalisés :

1.- 04/01/2021	6.- 25/01/2021	11.- 10/02/2021	16.- 08/03/2021
2.- 06/01/2021	7.- 27/01/2021	12.- 15/02/2021	17.- 10/03/2021
3.- 13/01/2021	8.- 01/02/2021	13.- 17/02/2021	18.- 15/03/2021
4.- 18/01/2021	9.- 03/02/2021	14.- 22/02/2021	19.- 17/03/2021
5.- 20/01/2021	10.-08/02/2021	15.- 24/02/2021	20.- 22/03/2021

Montant global : - 6000 DHS- Six mille dirhams

Facture acquittée ce jour.

Hanane LAHROUNI BENCHEKROUN  
ORTHOPHONISTE  
60, Rue Nabouls Maarif  
Casablanca - GSM: 06 61 23 23 44  
Tél. 05 22 23 44