

# 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 052835

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

68295 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0288A

Société : R.A.M.

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARI - HASSA

Date de naissance : 11-11-1954

Adresse : Idem

Tél. : 06.66.41-4637

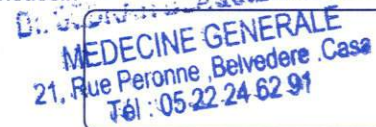
Total des frais engagés :

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : BOUKHARI Soumaya Age : 62

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Atteinte L'apex - Atteinte

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 Man 62

Le : 10/03/21

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
20/03/2021	C1	150m		Dr. SEDRATI BLAQUEZ Brigitte MEDECINE GENERALE 21, Rue Péronne Belvédère Casa Tel : 05 22 24 62 91 INP : 091033654

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/21	521,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

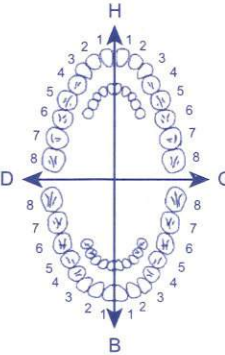
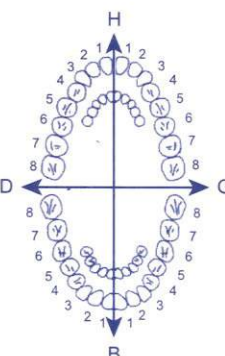
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECU

Dr. SEDRATI BLAQUIER Brigitte

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
CHU COCHIN PORT - ROYAL

MEDECINE GENERALE

21, RUE PERONNE (BELVEDERE)

TEL.: CAB. 05.22.24.62.91

الدكتورة الصدراتي بلكيي بريجيت

خريجة كلية الطب بباريس

الطب العام

21، زنقة بيرون (بيلفيدير) الدار البيضاء

هاتف العيادة : 05.22.24.62.91

Boukhari Samia

Casablanca, le 20/03/2021

83,70 - ROMAC 300 (7)

33,70 - 14 furs - 207 furs  
fucidine 1000000

138,80<sup>92</sup> - 1 applicom - he  
MENALYA

MENALYA  
P.P.C : 139.80 DH  
UI av: 01/23 Lot: ME04  
BIOXPERT  
09/2022 P.P.C  
LOT: ME03 139.80 DH

36,70 - 1 fufu - 5  
x 0 lauri

Mycoderme de

LOT: 080201  
PER: 12/201  
PPU: 36,70

Wuefia

1 applicom

Dr. SEDRATI BLAQUIER  
MEDECINE GENERALE  
21, Rue Peronne, Belvedere, Casa  
Tél: 05 22 24 62 91

TSVA



90,50

XY7ALL5

14965ri x 28 juv  
7noekin

LOT2014S2 1  
EXP 06 2024  
PPV 90,50  
90 50

40,50

PPV 40DH90 / EXP 11/2023  
LOT 00049 3

Dr. SEDRATI BLAQUIER Brio  
MEDECINE GENERALE  
21, Rue Peronne, Belvedere, Casa  
Tel: 05 22 24 62 91

52110

PHARMACIE ALMASSIRA 5 Jouli 2014  
BENMOUSSA Oued  
Docteur en Pharmacie  
St. Rue Rahat Ben Ahmed  
Tel: 022.24.80.54  
Fax: 022.24.85.41

Dr. SEDRATI BLAQUIER Brio  
MEDECINE GENERALE  
21, Rue Peronne, Belvedere, Casa  
Tel: 05 22 24 62 91