

# 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.

## Biologie 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006621

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique 69930 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JAAFAR SI ELHASSANE  
Date de naissance : 26/11/67  
Adresse : N°4 Rue N°4 ALQODS3 LISSASSA  
Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : JAAFAR YAS'LINE  
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 : Casa Le : 27/03/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06621

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 : 8741  
Nom de l'adhérent(e) : JAAFAR  
Total des frais engagés : 300519  
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
21/03/21	CS		3000	Dr. Dermatology - Groupe 80, Oum Rabi - Immin L30 - No 5 Al Firdaus - GH 25 A - Casablanca Oulfa - Casablanca Tél: 092 99 75 75 - Fax: 092 99 75 75

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAHARAZ 140 Lot Souk el Hassafa Casablanca Tel/Fax: 05 22 65 20 07	21/03/21	1 = 549,6

# 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	

# VOLET ADHERENT

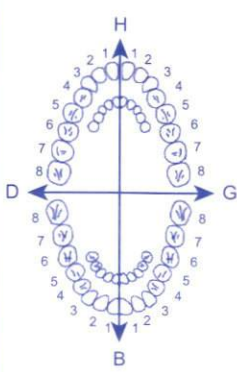
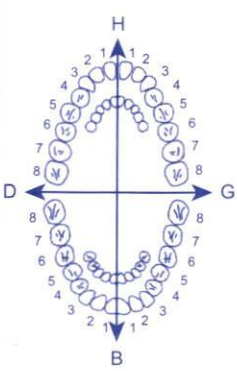
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie  
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu et  
des maladies sexuellement transmissibles  
Cosmétologie - Allérgologie - Laser  
Traitement du vieillissement cutané



الدكتورة لمياء بلول

إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،  
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية  
طب التجميل - التجاعيد والحساسية  
اللازير

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Casablanca le

27/03/2021

31.30 Mlle Yasmine  
1) Airer non  
2) Perizone crave  
3) Xenod huile  
4) Crave Baume  
21.30 hydratant

90,00

l\_belloul@hotmail.com

05 22 90 75 75  
05 22 90 76 76



Bd Oued Oum Errabia - Imm. L 30 1er étage - lotiss. Al Firdaouss, Oulfa - Casablanca

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس عمارة L 30 - الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء





34.172

5) Skinosalic lotion

1 app 18 10/

18 12 1

1 app x 2/2

et avert

**Skinosalic®**

LOT : 4367

UT-AV : 11-23

P.P.V : 34 DH 70

Dermatologie - Groupe  
Dr. Oum Rabi - dentiste  
1 Firdaus - Gh 25 A - Imil L 30 - No.  
Oulfa - Casablanca  
tel. 022 00 75 75 - Fax : 022 00 75 77

**PHARMACIE SARUNAZ**  
SARUNAZ  
140 Lot Smiratda Lassafa  
Casablanca  
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

519,6

**AIRLIX<sup>®</sup> 5mg / 5ml**

**Chlorhydrate de Cétirizine**

**Solution  
buvable**

LOT: 044  
PER: OCT 2022  
PPV: 31 DH 90



**Flacon de 60 ml**



**PHARMACEUTICAL INSTITUTE**