

# 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.

**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 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 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

Declaration de Maladie  
N° M20- 0002667

☒ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698Société : 79343

☐ Actif☒ Pensionné(e)☐ Autre

Nom & Prénom : BOUMZAIIG Lahoucine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot 5/ Abderrahmane Ben 29 NO 60  
OULFA

Tél. : 0633529200Total des frais engagés : 927Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Voir Déclaration de maladie chr.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCE

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/05/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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

04/05/21

327,20

# 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

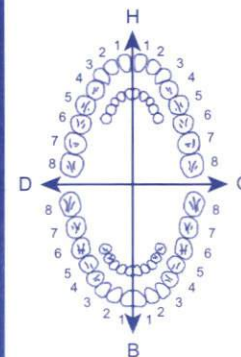
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

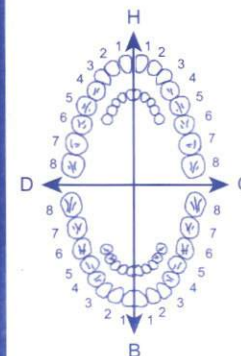
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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



# Pharmacie Al Motahida

31, rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane

Aloulfa, casablanca - Tél.: 0522895602

Patente N° : 36036700

R.C: 331308

ICE: 00500250000015

Casablanca le :

Facture N°: 20

Fait pour: BOUMZAINI Labou

Produits	Quantités	Prix Unitaire	Total
Kardegic 75	02	30.70	61.40
Volij 107	03	157.10	471.30
Taney 80	03	131.50	394.50
	09		927.20

LOT : 20E013  
PER.: 06 2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118006 061847

LOT : 20E013  
PER.: 06 2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118006 061847

Facture arrêtée à la somme de :

Nincent vingt sept  
00 et vingt six

Signature et cachet de pharmacien

Pharmacie Al Motahida  
31 rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane  
Aloulfa - Casablanca  
Tél.: 0522895602



Lot n° :  
EXP :  
PPV :

Lot n° :  
EXP :  
PPV :

Lot n° :  
EXP :  
PPV :



<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Bouazzaoui Laetitia
Présente	Cardiopathie ischémique
Nécessitant un traitement d'une durée de :	soin régulier en cardiologie
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	Ticagrelor 180mg - Aspirine 75mg

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

*[Signature]*

Hopital Mohammed VI  
Casablanca



مركز النقديات

04/05/21 17:13:18

9900301657

93016501

PHARMACIE AL MOTAHIDA

CASABLANCA

Casablanca

A00000000041010

APP : Mastercard

LAHOUCINE BOUMZAIRIG

\*\*\*\*\*7135

04/26 CARTE NATIONALE

1BF9773DFB9FC5F7

220-0-9999-1-55

**MONTANT:**

**927.20 MAD**

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION :795015

STAN :000490

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT