

## 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 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

- 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° W21-633818

80216

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8154 Société : \_\_\_\_\_

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ELMRABTE M.HAMED

Date de naissance : 01/10/1965

Adresse : N°20 PASSAGE N°1 HAY WAFIR  
BERRECHID

Tél. : 0666113130 Total des frais engagés : 506,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : ELMRABTE M.HAMED Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

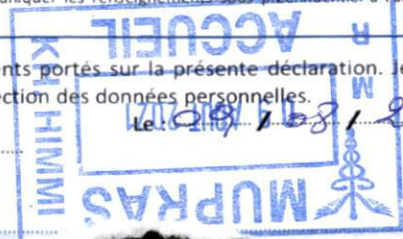
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : NSR

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
01/07/2021		C + 150 #		INP: 061234167

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ATTANAGUA 23, Bd Al Moukalla, Lot Ennour TERRACIDA - Tel: 05 22 32 45 94 INP: 062012240	01/07/21	35630

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

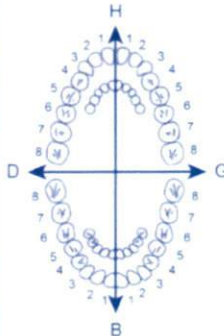
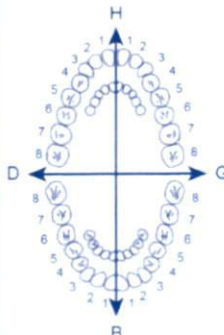
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<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>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية  
أمراض النساء وتبعية الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب



## Ordonnance

Berrechid, le 01/07/2021

Nom.prénom : EL HRAÏE Mohamed

PPV : 79DH70  
PPV : 79DH70  
PER : 11/23  
LOT : J3284

- 1 - A2ix 500 79,70 (S.V) 2/5  
2 - Andol 1000 14,50 x 2 = 29,00 (S.V) 2/5  
3 - vitol 1000 15,30 x 2 = 30,60 (S.V) 2/5  
4 - Zinaskin 40,90 (S.V) 2/5

ANDOL<sup>®</sup>  
PARACETAMOL  
Comprimé effervescent 8x 1000 mg  
Lot N° :  
A ut. av. : 14,50  
PPV(DH) :

Vita C 1000<sup>®</sup>  
PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 00058 3

Vita C 1000<sup>®</sup>  
PPV 15DH30  
EXP 12/2023  
LOT 0D051 6

ZINASKIN<sup>®</sup>  
PPV 40DH90  
EXP 02/2024  
LOT 11025 30

مدرسة المدايب - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

☎ 06.69.51.16.18 ▲ 05.22.03.07.72

sihamoubouhia@gmail.com



5- Cardiaspirin 100

27,70



20p/J

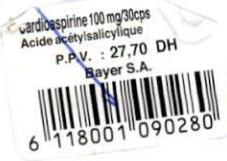
à l'unité

6- Oti2 204 81,40



1 gel x 2/J

7- Ustakover Sachet 67,00



2917

T = 356,30

Lot : 6196  
BIOCODEX  
Fab : 10/20  
AROC PPV 67.00 DH  
EXP : 10/23  
صالح لغاية

Medecin Généraliste  
Diabétologue

Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

صيدلية الثانوية  
Pharmacie ATTANAOUIA  
Imane TART  
123, Bd Al Moukhouana Lot Ennour  
Berrechid - Tél: 05 22 32 45 94