

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065825

☐ Maladie

☐ Dentaire

87086

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03566

Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : M. ELADI ALI JALAL

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-65825

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des<br>travaux |          |          |          |          |          |          |  |  |
|--|---|---------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|
|  |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires   | Détermination du coefficient masticatoire   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                     | 25533412    | 21433552                   | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |
|  | 25533412  | 21433552            |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
| 00000000   | 00000000  |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
| 35533411   | 11433553  |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |
|  |   |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |  |  |

| MUPRAS<br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc                                 |    | W18-341191                          | DATE DE DEPOT<br>25.10.2021     |
|--|----|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>  |    | Mle                                 | 3566                            |
| Nom & Prénom   |    | MOURADI MED JALAL                   |                                 |
| Fonction :   |    | Retraite                            | Phones: 0661131384              |
| Mail   |    | mmouradi58@fseil.com                |                                 |
| <b>MEDECIN</b>   |    | Prénom du patient MOURADI MED JALAL |                                 |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> |    | Age                                 | Date                            |
| Nature de la maladie   |    | Date 1ère visite                    |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |    |                                     |                                 |
| Nature des actes   |    | Nbre de Coefficient                 | Montant détaillé des honoraires |
| 04 OCT 2021  |    | C 5                                 | 25000                           |
| <b>PHARMACIE</b>   |    | Date 03/10/21                       |                                 |
| Montant de la facture  |    | 35630                               |                                 |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>  |    | Date :                              |                                 |
| Désignation des Coefficients   |    | Montant détaillé des Honoraires     |                                 |
|  |    |                                     |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>  |    | Date :                              |                                 |
| Nombre   |    | Montant détaillé des Honoraires     |                                 |
| AM   | PC | IM                                  | IV                              |
|  |    |                                     |                                 |

ACCUEIL  
MUPRAS  
06 OCT. 2021  
Z. BOKAR

87076

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

**Dr. Abdelkhalek CHOULADI**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Maladie du Cœur et Vaisseaux  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex . Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplôme d'Echographie - Doppler Cœur & Vaisseaux

**الدكتور عبد الخالق شولادي**  
**طبيب القلب**

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
الدورة الدموية و إرتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأموال ما فوق الصوتية و الصدى للقلب

Casablanca le :



*Handwritten signature: 20.08.2021*

الدار البيضاء في

*Handwritten signature: Dr. M. MOURADI*

*Handwritten: 30m*

*Handwritten: Ambray-100*

*Handwritten: 3 x 27.70*

*Handwritten signature: Ambray*

*Handwritten: 2 x 136.60*

*Handwritten: 356.30*



**MACIE DES HABOUS**  
**FIOUJ Mounia**  
Victor Hugo  
- CASABLANCA

UT.AV : 1 1 22 136 60  
LOT N° : 1 2 8 3 3 1 136,60

09366130/3

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



**AMlor 5mg**  
56 COMPRIMÉS



6 118000 250012

**AMlor 5mg**  
56 COMPRIMÉS



6 118000 250012

UT.AV : 1 1 22 136 60  
LOT N° : 1 2 8 3 3 2 136,60

09366130/3