

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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  
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- 067072

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1826 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 90153

Nom & Prénom : BAKIR NINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue N° 33 AFRICA Avenue / Chouanef

Tél : 2604445124 Total des frais engagés : 533,1024 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/2021

Nom et prénom du malade : Bakir Nina Age :

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

Nature de la maladie : pathologie digestive, Diabète, HTA

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 : 21/05/2021 Le : / /

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
21/9/21		C	Protêt	

**DR IMANE SADEW**  
 Hépatite - Gastro - Endocrinologie  
 (Diététique/Nutrition)  
 Tél. 05 22 97 24 55

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricant	Date	Montant de la Facture
<b>STE PHARMACIE HAMZ CASABLANCA</b> Lot. Haj faten Rue 6 N° 3401 Casablanca - Tél. 05 22 97 24 55	21/09/21	500,10
	05/10/21	33,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou 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	

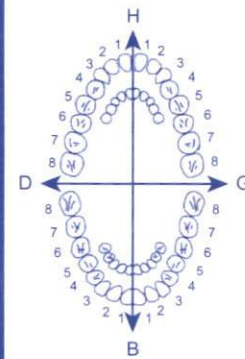
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

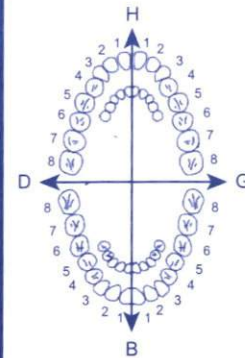


# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	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

# ORDONNANCE

**SADEQ Imane**  
Hépatogastro-entérologue  
Proctologue (diététique, nutrition)  
Tél: 0522 97 24 55

Casa Le: 21/09/2024

Bakir Dina

144,30

SV

**STE PHARMACIE HAMZA**  
CASA BLANCA  
Lot. Maj. Lot. Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 26

LOT 205894  
EXP 04/23  
PPV 75 DH00

**Dr. SADEQ Imane**  
Hépatogastro-entérologue  
Proctologue (diététique, nutrition)  
Tél: 0522 97 24 55

PPV : 40.50 DH

**Tarc**  
30 c  
Dial  
41, Rue  
Pharmaci

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

PPV: 20 DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3563

- 1) Isox 7500 14 x 3 j
- 2) Bronchitol 40.50 14 x 3 j
- 3) Tardyferon 20.00 14 x 2 j
- 4) Doligrippe 1 Sachet x 3 j

SV

SV

9880 Neofort **SV** 160  
500TD 1cp off x 2/5 si Douleur

LOT 08083 1  
EXP 02/2023  
PNU 980830

**Dr. SADEQ Imane**  
Hépatogastro-entérologue  
Pneumologue (diététique, nutrition)  
Tél: 0522 97 24 55

**STE PHARMACIE HAMZA**  
**CASABLANCA**  
Lotis. Ma) Fatouh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



M. IRE: 092030267

SAKHI  
N° 1

STE PHARMACIE HAMZA  
CASA BLANCA  
Lot 64, Maj Taché Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Le 05/10/27

Facture N° 53

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Specu qte	33,00	33,00
			33,00

LOT: A090195-1  
PER: 03-2022  
PPV: 33,00DH

STE PHARMACIE HAMZA  
CASA BLANCA  
Lot 64, Maj Taché Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28