

# 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, parodontologie 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0033109

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0397

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom : NAHAS Abdellah

Date de naissance : 20-04-1944

Adresse : 102 Lohésemment

MANDARINA

Tél. : 06695857

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : NAHAS Abdellah

Age : 77ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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) :

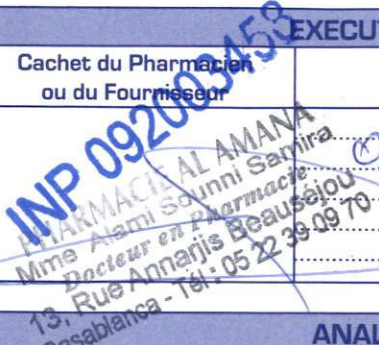


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/12/2021	C		300DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture


 01/12/21      1995,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

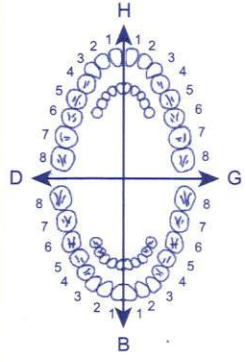
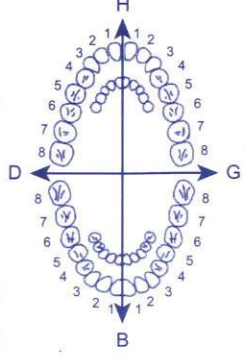
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D	G	00000000 00000000		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412 21433552																	
	00000000 00000000																	
	D	G																
	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Saloua AGOUMI

Spécialiste des maladies du  
Système Nerveux Central et  
Pénpherique

Neurologue



د. سلوى أگومي  
أخصائية في أمراض الدماغ  
و الجهاز العصبي

PPV 180.00

Casablanca le : 01/12/2021

في البيضاء

M. AHAS Abdellah

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beausejour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beausejour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

Danzel 10 mg

1 cp le soir

Fluascet 20 mg

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beausejour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beausejour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

TRT de 03 mois  
Dr. AGOUMI Saloua  
Neurologue  
249, Résidence El Mansour "4"  
App. 4, 2e Etage, Bd Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél : 0522 39 84 38

T = 1995.00



LOT 211301  
EXP 05 2024

LOT 101597 1  
EXP 05 2024  
PPV 506.00 DH

LOT 903223 1  
EXP 11 2022  
PPV 506.00 DH

LOT 101597 1  
EXP 05 2024  
PPV 506.00 DH

LOT 212100 2  
EXP 09 2024  
PPV 297.00