

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 données physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-621878

968 22

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10135 Société : / /

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : Zaidy Amine

Date de naissance : 14/11/75

Adresse : / /

Tél. : 0606627272 Total des frais engagés : 475,00 DA

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benelkhal

Lien de parenté : /

Nature de la maladie : Bronchite

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : /

Le : 02 / 11 / 21

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



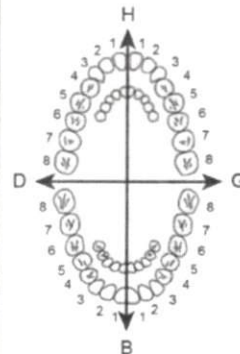
| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 2-11-21                        | G                 |                       | 300                             |  |

| <b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>  |             |                              |
|---|-------------|------------------------------|
| <b>Cachet du Pharmacien<br/>ou du Fournisseur</b>                                   | <b>Date</b> | <b>Montant de la Facture</b> |
| <br>LA PHARMACIE<br>Dr. SALLAH EL LOULI-FEROUK<br>Algiers 91<br>Tel: 04 22 51 47 87 | 02/11/21    | 179.00                       |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |
|   |             |                              |

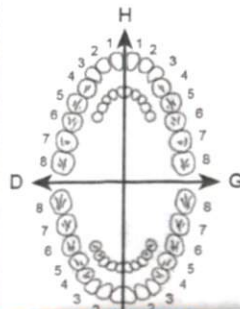
[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



500 mg  
poudre pour suspension

DPV:80DH00  
PER:03/23  
LOT: J1029

EN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
|   | H        |          |
|   | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        |          |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

# FEBREX

**PHARMED** LOT:4053  
UT.AV:10-23  
PPV: 19DH00

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

PPV:80DH00  
PER:06/23  
LOT: J1731

#### L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Dr. Mina OUMLIL**

**Professeur En Pédiatrie**

Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**الدكتورة مينة أومليل**

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة

بالبيضاء

Casablanca, le

الدار البيضاء، في :

Benjellame - Hadil

80,00 x 2

- Azil x 1500 g  
32 Kg 1 j (7) + 3 j

19,00

- febrex ef  
15 + 3 (7) x 3 j

179,00

**Docteur Mina OUMLIL**  
Professeur Universitaire - Pédiatre  
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage  
Res. Abrages Abdelmoumen 250  
Tél/Fax: 05 22 25 25 26 - 05 22 25 25 27  
Gsm: 06 61 14 74 41

**LA PHARMACIE REGIONALE**  
Dr. Saad El...  
Imm: 94, Lot N°...  
Tél: 05 22 25 25 26 - 05 22 25 25 27

250, Bd Abdelmoumen- Résidence Abrages Abdelmoumen - 1er Etage

Tél./Fax.: 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27 - E-mail: oumlilmina@gmail.com - Urgence : GSM: 06 61 14 74 41