

# 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.

## Prothèse :

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

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- 067562

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMAEK ABDEKAZZAK

Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT 121 HAJ FATEH V - EL OULFA  
CASABLANCA

Tél. : 0668770416 Total des frais engagés : 504,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie  
de Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis, Rue des Aigles - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.01.2022

Nom et prénom du malade : MEHINE CHAMS BOHIA Age : 56

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

Nature de la maladie : neoplasie mammaire

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 : CASABLANCA

Le : 26/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/22	257.80

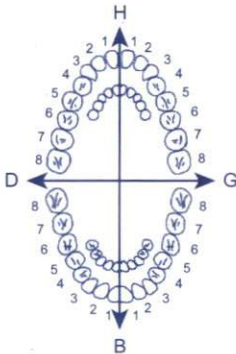
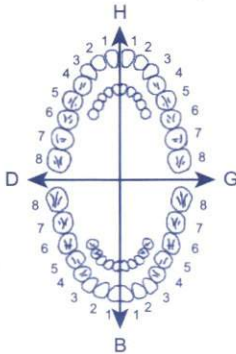
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

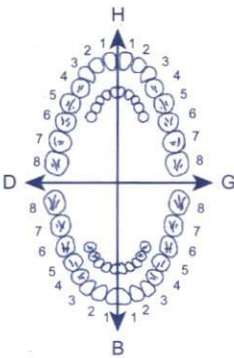
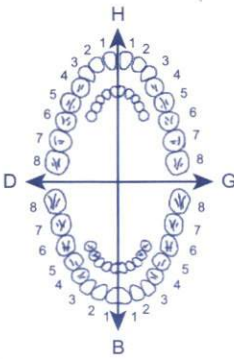
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC


Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div><div>G</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Casablanca, le 26/01/2022

Mr. Houssein Choukri

40800  
① Motilium Susp 

1 CAS

31

MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BUV FL 200 ML  
P.P.V.: 400HR0  
LOT: 21E004  
PER.: 04/2024  
6 118000 011040

② Gélipred Long 

STEPHARMACIE HANZA  
CASABLANCA  
Lot: Huj/Hash B20 6 N° 3 Lot 6  
Casablanca - Tél: 05 22 99 74 25

1x 15

pendant 5j

1x 15

pendant 5 jours

1x 15

pendant 5 jours

PPV: 48DH50  
PER: 12/24  
LOT: K3425

③ Fortinuel

SP

4.5

40,00 x 3 = bouteille 15

257,80

Pendant 4-5 ans



DR. NAOUF MAJOU  
Centre International de  
Oncologie  
Rue de l'Indépendance  
Tél: 0222 93 10 28

STEPHARMACIE HANZA  
CASCABLANCA  
Lot. 111/112 Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0222 93 10 28