

# 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 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

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- 0056547

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AA Youssef Naïma

Date de naissance : Le 11/04/1960 à Casablanca

Adresse : 115, Résidence "LA CASA" Rue El Tourist 4ème étage Apt 405 Dar El - Casablanca

Tél. : 212 707760532 Total des frais engagés : 10570 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 61 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Aiguë

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 : 23/02/2022

Le : 21/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : AA Youssef Naïma



# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**PHARMACIE PRINCIPALE**  
**MOHAMMED SAÏD LEBRA**  
 Pharmacien  
 Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  
 Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149604  
 CNSS : 1187641 - IF : 509/5302 - Patente N° : 34306256  
 ICE N° : 001897774000045  
 INPE : 092049261

## 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

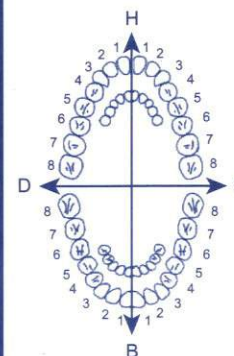
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 G  
 35533411 11433553  
 B

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Date du Devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASA Le 27/01/2022

Facture N° 23

M. Ayouh Noury

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	Aziy	79,60	79,60
2	doctiprane 1g	14,00	28,00
			<hr/>
			107,60
<p>arrêter la présente facture à l'adresse de cent sept marchés et la etc</p>			
<p><b>PHARMACIE PRINCIPALE</b>  <b>Mohamed Saïd LEBBAR</b>  <b>Pharmacien</b>  Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  Tel: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149684  CHSS: 1187641 - IF: 50905302 - Patente N°: 3430625  ICE N°: 00189777/000045  INPE: 092049261</p>			



45

PPV 79DH 0  
PER 08/2  
LOT K2178

PPV: 14DH  
PER: 08/24  
LOT: K2261

PPV: 14DH  
PER: 08/24  
LOT: K2261

PHARMACY THE CENTRAL  
McGowan and Lewis R.  
Pharmaceutical  
Rural Point West 20000 Caspian  
Tel: 0512 33 11 10 - R.C. Caspian: 143624  
CHS: 110001-10: 00000000-10: 00000000  
ICE N: 001000000000000000  
INPE: 000000000000000000