

# 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.

Diagnostique 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042801

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169Société : R AM

☐ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom : TAIBI HAMRABASS

Date de naissance : 1956

Adresse : BD elgeina itical 2 n° 10  
Sbata casablanca

Tél. : 0603392662Total des frais engagés : 1085,60Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed Saoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie Médico - Chirurgicale  
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE  
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen  
2e Etage Imm. El Farouk - Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 25 78 83 - Tél / Fax: 0522 25 99 87  
Email: med.saoui@gmail.com

Date de consultation : 15 MARS 2022

Nom et prénom du malade : HAMRABASS TouniaAge:

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

Nature de la maladie : trouble digestif

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 :Signature de l'adhérent(e):Le : / /



# 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
15 MARS 2022	2		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/2022	785.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

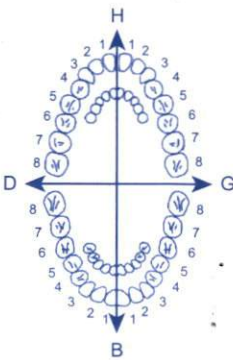
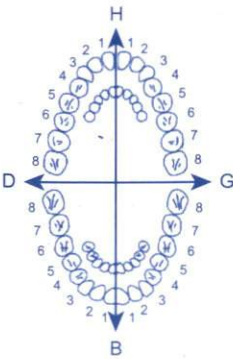
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





Casablanca, le

15 MARS 2022

الدار البيضاء, في

Prescription

123,60 x 6  
1/1; 123,60 x 6  
1/1; 123,60 x 6

x 3 mois

1/1; 123,60 x 6  
1/1; 123,60 x 6

x 3 mois

1/1; 123,60 x 6  
1/1; 123,60 x 6

x 3 mois

44,00 x 6  
1/1; 44,00 x 6  
1/1; 44,00 x 6

1/1; 44,00 x 6  
1/1; 44,00 x 6

485,60 x 6  
1/1; 485,60 x 6  
1/1; 485,60 x 6



**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

**Cinet**® 10 mg

30 comprimés



6 118000 280323

LOT: 21019 PER: 01/2024  
PPV: 44,00 DH