

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ns générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
Consentement préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
actions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
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

ns.  
acie :  
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ogie 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.  
Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de  
la mutuelle.

Le :  
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ucation :

Le consentement préalable renseigné 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.

## aire :

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.

## adie 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° M21- 0059454

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIWA BENAMAR épouse BELLAOU Hassan

Date de naissance : 2.3.57

Adresse : 64, Rue Imam Al Harawan  
1<sup>er</sup> étage Apt 1 Quartier CASABLANCA

Tél. : 0669 373 034

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DIWA BENAMAR

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 25 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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 Uniers Santa 118, Rue J. J. ... 09 22 05 67 53	25/09/2022	169,20 092 056 753

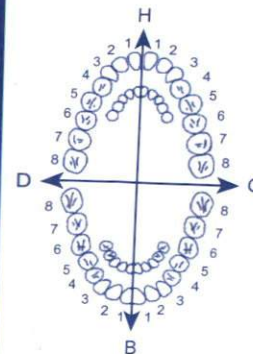
# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

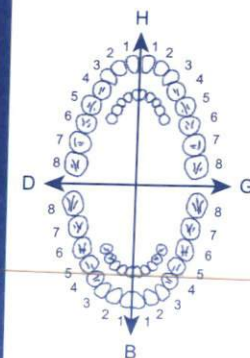
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

FACTURE N°

Date 25/02/22

M. Ben Aït Dins

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPECES ☐ CHEQUE ☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT : \_\_\_\_\_

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	CardioAspirine	27,70	27,70
1	cerpail	55,50	55,50
2	Imikal	43,00	86,00
			169,20

Pharmacie Unipharma San  
 14 Chemin J. J. J.  
 18, Rue J. J. J.  
 Tél: 05 22 44 65 65 - Casa

