

## 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 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-696486

120315

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7187 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEN ABDELLAH LAHCEN  
 Date de naissance : 12/02/52  
 Adresse : 240 APT 01 RUE ABIZARA EL WAFI  
 MOHAMMEDIA  
 Tél : 0608 201981 Total des frais engagés : 106,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/06/2022  
 Nom et prénom du malade : BEN ABDELLAH LAHCEN  
 Age : 70 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : LTA - MDR  
 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 au 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MOHAMMEDIA Le : 07/06/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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	
07 04 22			15 DM	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 	

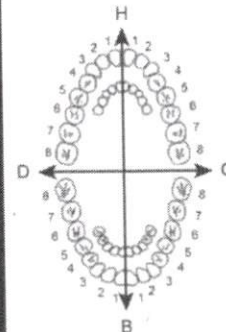
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	07/04/22	556,90

[illegible]

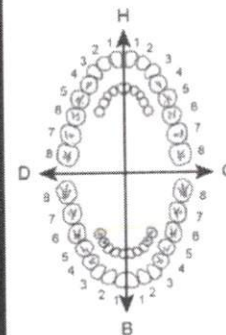
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



		H	
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
		B	

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAÏM ABDERRAHIM

MEDECINE GENERALE

Ex. Médecin Chef du Service des Urgences

de l'Hôpital Moulay Abdellah

Expert Assermenté près les Tribunaux

الدكتور نايم عبد الرحيم

الطب العام

مستشفى مولاي عبد الله سابقا

بمكتب المحاكم

Sanofi-aventis Maroc  
Rue de Rabat - R.P.1,  
Ain Rabah Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b7  
P.P.V: 205,00 DH



Mohammedia, le 22-4-2024

REV ABDELKHA LAHCEAN

205,00 - Tavanic

19/6

39,00

صيدلية الأوعيتوس  
PHARMACIE DES EUCALYPTUS  
232, Lot Wafâ - Mohammedia  
Tél: 05 23 30 12 20; Fax: 05 23 30 22 23

49,00

Docu 404  
19/6

23,90

Diprosone 0,05% cr

80,00 x3

mg 50g

556,90

LOT 253  
PER: FEB 2024  
PPV: 80 DH 00

LOT 251  
PER: JAN 2024  
PPV: 80 DH 00

LOT 251  
PER: JAN 2024  
PPV: 80 DH 00

LOT: 210521  
DLUO: 10/2024  
39,00 DH

LOT: 220002  
DLUO: 01/2025  
49,00 DH

6 1 800115 012 0  
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g  
P.P.V: 23,90DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura