

# 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : 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.

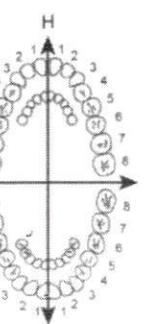
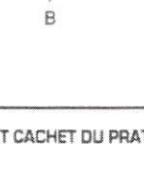
|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                             |                                       |   |                                 |
| Matricule : 06446  | Société : ROYAL AIR MAROC             |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                             | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| ENN HAS FOUAD  |                                       |   |                                 |
| Nom & Prénom :   |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 11-06-1963                             |                                       |   |                                 |
| Adresse : VILLA C12 CITE LAYA ROUTE D'EL JADIDA CASABLANCA |                                       |   |                                 |
| Tél. : 0664360290  | Total des frais engagés : 397 Dhs     |   |                                 |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin   |                                 |  |
|   | <input type="checkbox"/> Cachet du médecin :  |                                 |  |
| Date de consultation : 18/07/2022   |  |                                 |  |
| Nom et prénom du malade : ENNE HAS FOUAD Age: 59  |  |                                 |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint  | <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Nature de la maladie : affectueuse respiratoire   |  |                                 |  |
| 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 : 18/07/2022  
Signature de l'adhérent(e) : 

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
| <br><b>PHARMACIE DES PHOSPHATE</b><br>Dr. ZOUITENE Nacira<br>4, Bd. Al Abdal Hay Hassani - Casablanca<br>TEL: 05 22 88 88 88 | 18/07/2022 | 397,00 Dhs            |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |                        |   |                         |                            |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|--|------------------------|---|-------------------------|----------------------------|--|----------|--|--|--------------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---------------------------|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |                        |   |                         |                            |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |                        |   |                         |                            |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|   | <b>SOINS DENTAIRES</b> | <b>Dents Traitées</b>   | <b>Nature des Soins</b> | <b>Coefficient</b>         | INP : <input type="text"/>   |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | CCEFFICIENT DES TRAVAUX  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | MONTANTS DES SOINS   |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | DEBUT D'EXECUTION  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | FIN D'EXECUTION  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | <b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b>  |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |  | <b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            |  |          | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433582</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |  | H                              | 25533412 | 21433582 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> |  |
|  |                        |   |                         |                            | H  | 25533412 | 21433582   |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | D  | 00000000 | 00000000   |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         |                            | B  | 00000000 | 00000000   |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
| G  | 35533411               | 11433553  |                         |                            |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|   |                        | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                         | <b>DATE DU DEVIS</b>       |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |
|  |                        |   |                         | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> |  |          |  |  |                                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                           |  |

## **Docteur Abdellah El Haiba**

SPECIALISTE EN  
PNEUMOPHTISIOLOGIE

Diplômé de l'Université de Paris  
Membre de la société Française  
de Tabacologie



## الدكتور عبد الله الهيبة

الاختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Diplômé d'Échographie  
Diplômé de Tabacologie  
Maladies de Poumons - Asthme  
Tuberculose - Allergie respiratoire  
Aide au servage tabagique

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في: 18/5/22

1 = 397,10 7<sup>o</sup> ENNEAGRAM FOUND

① *Lasix* for 33,20

AE - 743.6 sm

② Analy) MS, 20

③ Spidol sp. 89,5  
1968

Barcode: 8 032578 479676

LOT: 220103

Expiry: 2025/03

PPC: 89,50 DH

④  $A_2 \alpha$  520

PPV 79DH70  
PER 01/25

79DH70-  
01/25  
L253

5 22 50 79 15 - الهاتف : 15 شارع فاس و شارع 2 مارس، عين الشق - الدار البيضاء - 74  
joulevard 2 Mars - Ain choc - Casablanca - Tél.: 05 22 50 79 15 - Fax : 05 22 21 46 06