

## 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

- Réclamation : 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.

**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° W21-669625

1 24281

per courriel

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : **MOUSSAFIR MOHAMED**  
 Date de naissance : **15-06-1949**  
 Adresse : **50 Lotissement EL MANZAH Mohammédia**  
 Tél. : **0662875416** Total des frais engagés : **527,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr JARID Ahmed**  
**Oto-rhino-laryngologie**  
**30, Bd Al Maghrib Al Arabi**  
**Alia - Mohammédia**  
**Tel: 05.23.31.43.48**  
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : **MOUSSAFIR MOHAMED** Age : **73 ans**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Affection ORL**  
 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 : **Mohammédia** Le : **16/06/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-669625

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **01213**  
 Nom de l'adhérent(e) : **MOUSSAFIR**  
 Total des frais engagés : **527,30**  
 Date de dépôt : .....

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
16/6/22	C2		250,00	INP : 091091033 Dr JARIB Oto-rhino-laryngologie 38 Bd Al Arabi El Anassir Tél: 05 51.13.48

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/22	277,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <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	
	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 JARID Ahmed

SPECIALISTE EN O.R.L ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

ANCIEN CHEF DE SERVICE

A L'HÔPITAL MLY ABDELLAH

MOHAMMEDIA

الدكتور جريد أحمد

أخصائي في أمراض

الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

رئيس قسم سابق بالمستشفى

مولاي عبد الله المحمدية

ORDONNANCE

Mohammedia, le 16/06/2022 في المحمدية،

M: MOUSSAFIR Mohammed

13A170

\* Nasorex solution nasale - 1 (120 doses) S.V

102160 1 pulv nasale le matin

\* Aerius cp : 1 (boite 28) S.V

43100 1 cp / j le soir

\* Anglor 5 mg cp : 1 (boite 30) S.V

1 cp / j

Dr JARID Ahmed  
Otorhino-laryngologiste  
30, Bd Al Maghrib Al Arabi  
El Alia - Mohammedia  
Tél: 05 23 31 13 48


277,30

PHARMACIE PALMISTE  
Rue Palmier, Angle Bd Zerkoun  
et Abdennoumen, km 8, N°4  
Mohammedia - Tél: 05 23 31 13 48

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Facon de 120 doses  
P.P.V.: 131.70DH  
Distribué par MSD Maroc  
6 118001 150199

LOT: 097  
PER: JAN 2024  
PPV: 102 DH 60

PPV: 43DH00  
PER: 02/24  
LOT: L844



Merci de tenir compte du tarif de remboursement dont bénéficie le couple affilié à la MUPRAS.

---

C'est juste pour éviter un éventuel rappel et une éventuelle correction a posteriori.

cordialement