

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-697301

125230

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : FF293	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : DUDCHIAP SINASSE	
Date de naissance : 02-01-65	Autre :
Adresse : V217 300 DRIR. Bouskoura	
Tél. : 061376030	Total des frais engagés : Dhs 3000

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : SALMA</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Nature de la maladie : NASO</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>	
Signature de l'adhérent(e) :	<p>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.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 08/08/2022</p>	



#### **RELEVE 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
	CS		500 dh	INP : <input type="text"/> Dr. Khalid YOUSSEFI Spécialiste en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghambi Tél : 0522 99 42 41 - Fax : 0522 99 42 40
	NaSofia		500 dh	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OCEAN PHARMACEUTICALS d'AZUR Casablanca BOUZIguer 29 08 29 Tél : 05 22 29 08 29 Fax : 05 22 37 96 07	25/06/21	436,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE DES FRAIS ET S'INOBABES

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

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>

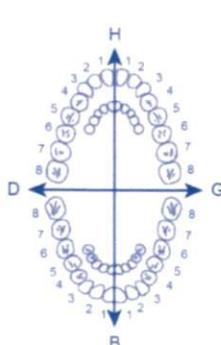
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(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

# مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR  
O.R.L.

Dr B. MOKRIM  
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI  
O.R.L.  
Immuno-allergologie

PHARMACIE  
ROUTE D'ACERBES - CASABLANCA  
Tél : 05 22 29 08 29  
390359 - Tél : 32550411

EFFIPRED® 20 mg

PPU 53DH40  
EXP 11/2024  
LOT 10022 14

25.06.2022

Mme ou Lhiri Salma

126,30  
168,20

Augmentin 1g

PPU: 126,30 DH  
LOT: 647976  
PER: 04/23

1 - 1 - 1/j (15g)

2 radifen sach

1 sachet/j

Nasonex

1 pulv/j drop noso  
(1 mois)

Soufrone pulv

2 pulv/mois x 2/j (04/j)

PPU: 168,20 DH  
LOT: 648448  
PER: 10/23

5)

Stérimion

84.5

1Lourge x 5 fr

6)

Effireud 20

58.4.6

3 - 0 - 0 / 15

436.00

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialiste en ophtalmologie  
Clinique ORL Beausejour  
198, Bd. Ghandal  
Tel: 0522 994241 - Fax: 0522 994240

(05) 17

CHIRURGIE DE L'OEIL  
ROUTE D'AOUAD - TOUJOURM 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 29 08 29  
RCL: 399369 - Tél: 05 22 960411

Casablanca, le

25.06.2022

Dr Khalid YOUSSEFI  
Le Docteur

Spécialiste en ORL

Clinique ORL Beauséjour

198, Bd. Ghandi

Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Prie M .....

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour .....

Oudghis Salma

Cs + Naso

S'élevant à la somme de .....

1000,00 Dhs