

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0006718

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000341 Société : 131927  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHARAKAN ZAHRA  
 Date de naissance : 01-01-1967  
 Adresse : Rue 151 NR 2 EL ANASSER  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 30/03/2022  
 Nom et prénom du malade : CHARAKAN Zahra Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
30.09.2022	C		150,00	<p>Dr. Imrane MODATASSIM</p> <p>MEDECIN AGREE par le Ministère de la Santé</p> <p>Visite Médicale - Permis de conduire</p> <p>710, BD. Oued Sebou Oulfa-Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 90 33 27</p> <p>INPE 89468674</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE WILAYA MOULOUYA</p> <p>20-222-224 Bd Oud Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 05 22 90 51 13</p> <p>ICE: C</p>	30.09.22	409,00

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREE  
par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, Bd. Oued Sabou O. El Alia Casablanca  
Tél. 05 22 90 33 27

الدكتور عمران معتمد  
الطب العام

خبرو جامعي

الفحص بالمسح

الطب الاستعجالي

التغذية والحمية

الخبرة الطبية

تتبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السياقة

Casablanca, le.....30.09.2022.....في الدار البيضاء،

Dr. CHARAKAN Zakaria

57,00 x 3

2 | Tensiolec

21,80 x 5

2 | Aspiric

43,00 x 3

3 | Angloris

3 mg

Dr. ZEIN ABDELHAK  
22-22-22  
Casablanca - Tél. 05 22 90 51 13  
0022912000071

T = 409,00

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREE  
par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, Bd. Oued Sabou O. El Alia Casablanca  
Tél. 05 22 90 33 27

☐ Contrôle : .....

☐ Consultation: .....

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email. drimrane@gmail.com

LOT: 21E005  
PER: 05 2023  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

LOT: 22E001  
PER: 02 2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

LOT: 22E001  
PER: 02 2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

LOT: 21E005  
PER: 05 2023  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

LOT: 22E001  
PER: 02 2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

PPV: 43DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2137

57,00

57,00

57,00