

# 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.

**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)

M22- 0051046

149981

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... *MEHDI EL Bachir*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : 

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie M22-0051046

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

... la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Le praticien est tenu de présenter une facture.

Veuillez fournir une facture pour les travaux de réparation ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

1. Veuillez fournir une facture  
2. Indiquer les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soins
O.D.F.	Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Début d'exécution
					Fin d'exécution
D		H		G	Coefficient des travaux
		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
					Montant des soins
					Date du devis
					Fin de



# MUPRAS

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

W16-070505

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme
Nom & Prénom <b>MENUI EL BACHIR</b>		Signature de l'adhérent
Fonction : <b>Retraité</b>	Phones <b>06.61.31.0993</b>	
Mail		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <b>T. T. ENN. EL BACHIR</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date .....
Nature de la maladie <b>rh sinus. Insomnie</b>		
Date 1ère visite : <b>06 JAN 2023</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <b>ca</b>		Montant détaillé des honoraires <b>ca</b>
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>06.01.2023</b>
Montant de la facture <b>996,40</b>		Montant MIMOSAS Hng A. AHMIRI Docteur Pharmacie et Route CASABLANCA Tél: 022-98.86.97-Fax 022-98.24.78
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires <b>ACCUEIL</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre <b>AM PC IM</b>		Montant détaillé des Honoraires <b>MUPRAS</b>

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI  
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)

Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca



الدكتورة لطيفة بوطيب بن صاري

إختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(فرنسا)

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le

06/01/2023

الدار البيضاء، في

## ORDONNANCE

N° Nenni Et Bachy

uas6,60

~~Stilnox 10 N 556~~

10gt, 1lm fet 3mar

Tl 826.45  
Pharmacie MIMOSAS  
Hind AKHIMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route de Casablanca  
Tel: 022.98.86.97 - Fax: 022.98.24.70

Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa  
Rhumatologue-Ostéopathe  
283, Bd. Med Zerkouni - Casablanca  
Tel: 0522.39.99.57

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465