

# 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

M22- 0051046

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ..... MENNI 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 ADHERENT

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 : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

  

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
		H	G
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411		11433553	
(Création, Remont, adjonction)			
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Visa et cachet du praticien  
attestant le

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution



W16-070505

DATE DE DEPOT

/ / 201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom **MENUI EL BACHIR**

Fonction **Retraite** Phones **066310993**

Mail

Signature de  
l'adhérent  
Signature de  
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient **A. MENUI EL BACHIR**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

**anular. Insomnie**

**06 JAN 2023**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

**ca**

**ca**

PHARMACIE

Date **06/01/2023**

Montant de la facture

**226,40**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des  
Honoraires

CACHET



Pharmacie MIMOSAS  
Hing AKHMIRI  
Pharmacie  
Route EL JADIDA  
CASABLANCA  
Tel: 022.98.56.97 Fax: 022.98.24.78

*Handwritten signature*

**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



الركنورة لطيفة بوطيب بن صاري

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)  
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Casablanca, le 06/01/2023 في الدار البيضاء،

## ORDONNANCE

N° Nenni EC Bachy

4x56,60

~~Shelnox 10 mg/500mg~~

1 gél, 4 sm 1 gel 3 mar

Ti 226,40 SAS  
Pharmacie MIMOSAS  
Hind ZAKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route de la Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.99.99.97 - Fax: 022.99.99.97

(4 bacs)

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

LOT: 22E001  
PER: 01 2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 22E001  
PER: 01 2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E007  
PER: 09 2025

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 22E002  
PER: 01 2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60

