

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-542203

154354

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11095 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHAMI MUSTAPHA  
 Date de naissance : 23 - 09 - 1975  
 Adresse : Din chifa 03, Rue 2e, Rsd el hand 5e, Casa  
 Tél. : 0667812469 Total des frais engagés : 575,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/03/23  
 Nom et prénom du malade : CHAFI LATIFA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : trouble de rythme  
 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 : Casa Le : 22/03/2023  
 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 |
| 02/03/23                       |                   |                       |                                 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie SRI Maroc<br>Dr. SRI Maroc<br>INPE : 092047455<br>Bd. El Fida 1260 - Ain Chakour<br>Casablanca - Tél : 0522 852 153<br>ICE : 000495400000015 | 02/03/23 | 975,60                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |             |   |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|---|--|------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|---|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                            |  |                  |             |   |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
| Important :<br>Veuillez joindre 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 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   |  |                  |             | 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"/>  |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  |             | H   |  | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 00000000 | 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|   | H  |                  | G           |   |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   | 25533412   | 00000000         | 21433552    | 00000000                                      |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   | D  | 00000000         | 00000000    | G   |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   | 35533411   | 00000000         | 11433553    | B   |  |   |  |          |          |          |          |   |          |          |   |          |          |          |   |   |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession   |                  |             |   | 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

# Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien

# الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة



خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Faculté de médecine  
Hôpital Ibn Rochd  
Hôpitaux de Paris

PPV: 266,00 Dhs

PPV: 266,00 Dhs

PPV: 266,00 Dhs

Fabricant: Merck Serono S.n.A. Via

ca le 02/03/2023 في الدار البيضاء

A-chafi Latifa

Gonal

266,00 x 3

ovule

**UTROGESTAN® 200 mg**

Progestérone  
15 Capsules molles orales ou vaginales

**PROMOPHARM S.A**

6 118001 260409

900461

PPV 88 DH 80

**UTROGESTAN® 200 mg**

Progestérone  
15 Capsules molles orales ou vaginales

**PROMOPHARM S.A**

6 118001 260409

900461

PPV 88 DH 80

Pharmacie  
Dr. Afaf Benjelloun  
INPE: 092047455  
Bd. El Fida 1260 - Ain Chifa 3  
Casablanca - Tél: 0522 852 959  
ICE: 00049540000015

utrogestan 200 2 ledes

Le rendez-vous

Tel: 0522 852 959  
2ème étage - Casablanca  
Dr. Afaf Benjelloun  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN

0636471213

✓

✓

✓  
✓  
✓  
✓  
✓  
✓

✓  
✓  
✓  
✓