

# 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

- Reclamation : 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

M23-005864

156656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOURAD BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 517268 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : MOURAD BOUCHAIB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
03.04.23	C2		6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# 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

PC    IM    IV

6500A

**AIRLIFE S.A.R.L.**  
Rue 3 & 4 N°106 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 65 73 58

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

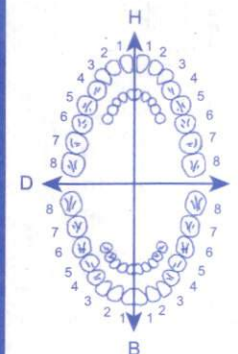
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

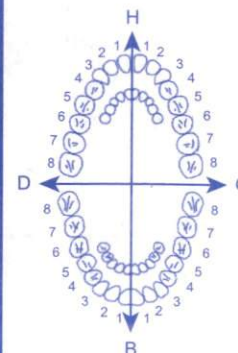
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo- phtisiologues

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd

Et Hôpital Moulay Youssef



الدركتورة امراني حنحي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

**كبار وأطفال**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

Matricule : M 565340

Casablanca, le 03.04.2023 في الدار البيضاء،

Mr MOU ARI D Bouchaib

Influenza Sprayer

Gr B P.O.

→ Nebulizer

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-phtisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, G125A  
RDC - CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 02 02



Numéro

DV230000019

Date

04/04/23

Mr MOUARID BOUCHAIB  
CL000595

ICE:

## Devis

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT
ART174	NEBULISEUR ROSSMAX NA 100	1,00	541,67		541,67

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Total TTC	NET A PAYER
1	541,67	20%	108,33	541,67	0,00	650,00	650,00
Total	541,67		108,33				

**AIRLIFE s.a.r.l**  
Rue 3 & 4 N°106 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 65 73 59

Numéro

FC23000057

Date

07/04/23

Mr MOUARID BOUCHAIB  
CL000595

ICE:

## Facture

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT
ART174	NEBULISEUR ROSSMAX NA 100	1,00	541,67		541,67

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Total TTC	NET A PAYER
1	541,67	20%	108,33	541,67	0,00	650,00	650,00
Total	541,67		108,33				

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Six cent cinquante Dirhams

**AIRLIFE s.a.r.l**  
Rue 3 & 4 N°106 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 06 22 65 73 59

Page 1