

# 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

- 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'H.  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 81182 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BEN BOULA. MALIKA

Date de naissance : 16/2/52

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 M23-0011059

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																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
	<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																	

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14/0027819</b>	
		<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
<b>Cachet MUPRAS</b>			



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

P 14/

27819

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 02132	<b>Signature Adherent</b> 
Nom & Prénom		BEN BOUTA NAÏVA	
Fonction	Detraite	Phones 06 96 49 16 82	
Mail		malika.naïva@yahoo.com	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient .....	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age .....	Date 24/05/2023
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C1		1504	
<b>PHARMACIE</b>		Date 24-05-2023	
Montant de la facture		258,30	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>CACHET</b>			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

**Signature et Cachet**  
**Dr. ABOULAHOU EL MOUSI Fatima**  
 Médecine Générale  
 Cite Salmi  
 Casablanca - Tél: 05 22 38 90 34

**Signature et Cachet**  
**PHARMACIE BELLOUCI**  
 Rue 1 N°178 Salmi II Sba  
 Casablanca  
 Tél: 05 22 38 36 87

Dr.ABOULAHJOUL IDRISSE Fatima

Médecine Générale

Cite SALMIA 2 RUE 1

N 104 - Casablanca

Tél : 05.22.38.90.34

المكتورة أبو الجول الإبريسي فاطمة

الطب العام

حي السالمية 2 زنقة 1

رقم 104 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.38.90.34

Casablanca le : 24 05 23 في الدار البيضاء

Rebenta Dalika

RPV 73DH80  
EXP 12/2024  
LOT 200193

Lot: 230259  
À consommer de  
préférence avant le: 03/2028  
PPC: 79,50 DH

PPC: 59,00DH  
LOT: CB03883  
EXP: 12/2024

LOT: 0438  
PER: 02 2026  
PPV: 46.00DH

Dr. ABOULAHJOUL IDRISSE Fatima  
Médecine Générale  
Cite Salmia - Rue 1 N° 104  
Casablanca - Tél: 05 22 38 90 34  
Dr. ABOULAHJOUL IDRISSE Fatima  
Médecine Générale  
Cite Salmia - Rue 1 N° 104  
Casablanca - Tél: 05 22 38 90 34

PHARMACIE BELLOUCH  
Rue 1 N°116 Salmia II Sbaté  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 36 84

73,80

79,50

59,00

46,00

T: 258,30