

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 051917

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 212 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUAN DAMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 JUNE 2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : H1A

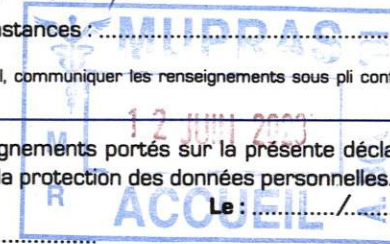
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



[illegible]

Leo A

60, طارق مولا  
مستشفى الح  
الحي 11  
27/03/2020

S  
 chet et signature du Médecin  
 estant le Paiement des Actes  
 طيب  
 محلف، خبير في المصارف  
 (فوق مسدود) 60، بلادي القضاة  
 مابلولا - الحادي 11  
 ف. 89 13 00 727  
 (الدار الحسنة)  
 80 97 58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/06/23	807,00

**REVEAL**  
PHARMACEUTICALS  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel: 0522 90 32 63

08/06/23

୪୦୭, ୩୦

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

A

PO

IM

IV

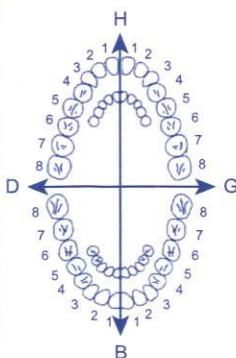
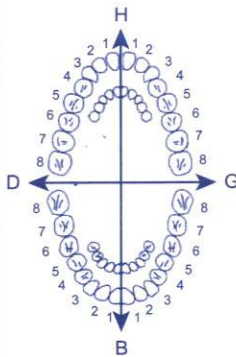
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez 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 <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

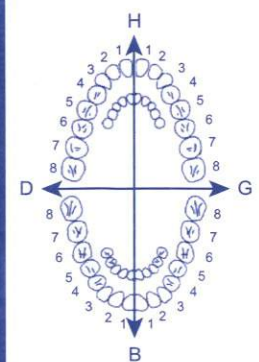
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

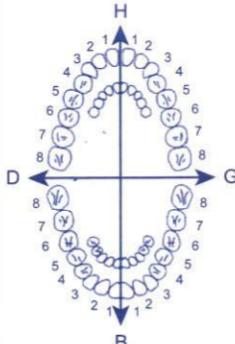
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>



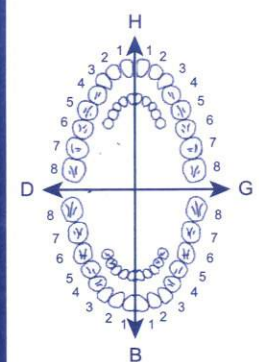
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>H</span><span>G</span></div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>	
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
		B													
		00000000	00000000												
35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>													
		DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>													

		H			
		25533412		21433552	
		00000000		00000000	
D					G
		00000000		00000000	
		35533411		11433553	
		B			
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Saïd GZOUÏ

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في المجال

RHOMAD Devis

Casablanca, le : 08 JUN 2023 : الدار البيضاء، في

Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 32 63  
REVEAL PHARMACIE CHIFA  
10 Ave. Afghanistan



269,00 x 3  
Cervical 10/5  
807,00  
x 3

2. Hydroxo 5000  
x 3

269,00

269,00

REVEAL PHARMACIE CHIFA  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 32 63

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف، خبير التهامي  
خبير في المجال  
(قرب مصحة الضمان الإجتماعي)  
60، طريق مولاي التهامي - الدار البيضاء  
مازولا - الحي 11 - سني  
مأزف - 072 40 10 48 - 05 22 90 32 63

269,00

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com