

# 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

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

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

**Déclaration de Maladie**

M23-000780

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3096 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUSSADARA Nastaya (Nastaya) N(6459)

Date de naissance : 25/3/1958

Adresse : none

Tél. 06.61.59.37.36 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR. Asmae MEZIATI**  
Médecine Générale  
274, Lotissement Haj Fateh  
Lissasfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 29 62  
INPE : 091194779

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : BOUSSADARA Nastaya Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : M. asthme 2017

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 : Casa Le : 18/5/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## RELEVE 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/12/2013      | 61                |                       | 222,0000                        | <br>Dr. MEJIA<br>Médecine Générale Haj Casablanca<br>Téléphone: 0522 93 647 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 18.05.2023 | 996,70                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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 canalaires, 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<br>PROTHESSES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |             |                         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |          |
|----------|----------|----------|
|          | <b>D</b> | <b>H</b> |
| 25533412 | 21433552 |          |
| 00000000 | 00000000 |          |
| 00000000 | 00000000 |          |
| 35533411 | 11433553 |          |

**[Création, remont, adjonction]**

|                  |  |   |  |                         |  |
|------------------|--|---|--|-------------------------|--|
| AUTRES DENTAIRES |  | MASTICATOIRE  |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
|                  |  | <b>H</b><br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br><b>D</b> <b>G</b><br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br><b>B</b> |  |                         |  |
|                  |  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                               |  |                         |  |
|                  |  |   |  | 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

Casablanca, le : 18/05/2023

Mrs. BOUSAADANA Fatima

24.40x3

1 - Livello ~~100~~ 100  
Mpi li

203ms

87.50x3

2 - Nebule ~~100~~ 100  
Mpi li

x 20ms

120.70x3

3 - Zebou ~~100~~ 100  
Tél li

x 02ms

199.00:-

4 - Chandoroum ~~100~~ 100  
Tél li

mt nges x 20ms

PHARMACIE  
Nadia Oulita  
234 E Lotissement C  
Groups Addoha Oulita - C  
Gsm: 06.67.07.52

274. مجموعة الحاج فاخ (قرب سوق الحاج فاخ) - ليساسفة

274, Lotissement Haj Fateh (près du Marché Haj Fateh) - Lissasfa

GSM : 06.61.62.22.61 - Téléphone : 05.22.93.29.63

⑤ - Newflex cool

99,90

new flex  
alii

996,70

Lot 22001  
PER 12/24  
PPV 120DH50

120,70

Lot 22001  
PER 12/24  
PPV 120DH50

120,70

Lot 22001  
PER 12/24  
PPV 120DH50

120,70

Lot / A consom  
de préférence : LOT  
K CD Prix PER

199,00



3 700221 322994

**PHARMACIE LES PARENTS**

Nadia GOURAII

234 E Lotissement Zouhour  
Groupe Addoha Oulala - Casablanca

Gsm: 06 67 01 62 25



**ISOPHARM**  
NEWFLEX  
COOLING GEL  
99,90 dhs

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V140977/01

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342