

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064196

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1564 Société : RAM 169387

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETIANOUTI MOHAMED

Date de naissance : 21-04-1954

Adresse : 16, RUE EL OUKHOUANE BEAUFÉJOUR  
CASABLANCA

Tél. : 0661 285110 Total des frais engagés : 1852,00 # Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ETIANOUTI MOHAMED Age : 1954

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

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 25/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Des Clubs  
Dr ESSADOUNI Yasmine  
18 Rue Anassne- Beausejour  
Casablanca- Tél: 0522 36 26 32

25/7/23

1852,00

# 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

A M P C I M I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

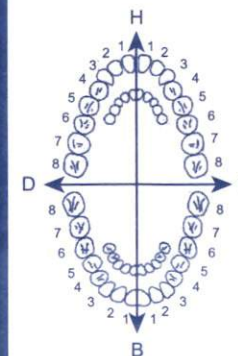
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

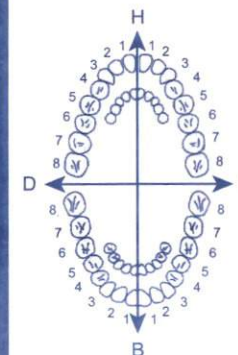
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

M<sup>e</sup>

E. Tiamouti Nohad

Casablanca Le 25/07/23

Facture N° 09

| Quantité | Désignation  | Prix | Montant |
|----------|--------------|------|---------|
| 10       | su Est 160/5 | 1852 | 185200  |

Annêt la presenc Factur à la somme  
Nille huit cent cin quante deux DT.

Pharmacie Des Clubs  
Dr ESSAADOUNI Yasmine  
18 Rue Anassime Beauséjour  
Casablanca-Tél: 0522 36 26 32



501304 b

185,20

185,20

185,20

501304 b

185,20

501304 b

185,20

501304 b

185,20

185,20

185,20

185,20

185,20


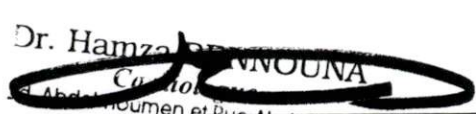


**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Nom et prénom : <b>ETTANOUTI MOHAMED</b>   |                                 |
| Matricule : <b>1564</b>  | N° CIN : <b>B184694</b>         |
| Adresse : <b>16, Rue EL OUKHOUE CASABLANCA</b>   |                                 |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |                                 |
| Partie réservée au médecin traitant  |                                 |
| Je soussigne : <b>Dr. Hamza BENNOUNA</b><br><i>3d Abdelmoumen et Rue Abdelmalk CASABLANCA<br/>Tél. 05 22 00 39 39 / 38 38</i>  | Spécialité : <b>Ce dialogue</b> |
| N° ICE :   | N° INPE : <b>INP : 91026914</b> |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>ETTANOUTI</b>  |                                 |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois   |                                 |
| <div></div>  |                                 |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :<br><b>HIV au stade sévère de l'infection<br/>de l'axe Gend et sélogr (HIV)</b>                       |                                 |
| Dont ci-joint ordonnance :   |                                 |
| Traitement prescrit : <b>SULAT 5/100</b>   |                                 |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables   |                                 |
| Fait à : <b>Casablanca</b> <b>06 FEV. 2023</b>   |                                 |
| Cachet et signature du médecin traitant :  |                                 |
| <div><br/><b>Dr. Hamza BENNOUNA</b><br/><i>3d Abdelmoumen et Rue Abdelmalk CASABLANCA<br/>Tél. 05 22 00 39 39 / 38 38</i></div> |                                 |

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées