

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REIETS

### 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 1 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie, 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 s'ajoutent 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

- Réclamation : 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'Affiliés de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-699349

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : P.A.M. 171033

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED.

Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL JAJDA

Tél. 0661463972 Total des frais engagés : 359,30 + 100 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : LAFRINDI Nohied Age : 1948

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

Nature de la maladie : HTA qui s'aggrave

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 : EL JAJDA Le : 11/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-699349

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 : 1178

Nom de l'adhérent(e) : LAFRINDI

Total des frais engagés : 359,30 + 100

Date de dépôt :

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
11/10/2023	Con		100 000	INP: 061048591 Dr. EL BELJDI Aicha Médecine Générale Infirmité du Couple Colpocone

Dr. F. BELJDI Aicha  
Médecine Générale  
Infertilité du Couple  
Colposcopie  
Lay-Boulam 1 N°715-E Jacky

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/07/08	359,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

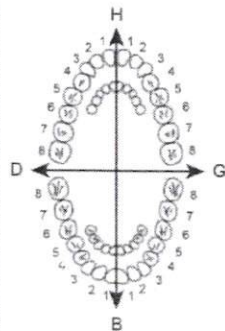
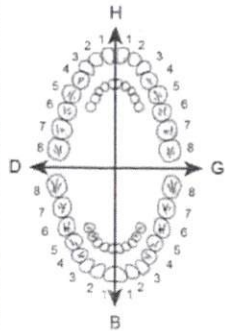
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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 type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AICHA BELIDI**

**Médecine Générale**

D.U gynécologue obstétrique médicale  
Infertilité du couple – Colposcopie  
Faculté de médecine Mohammed V  
Rabat-Souissi

**الدكتورة عائشة البليدي**

**الطب العام**

دبلوم جامعي في طب النساء و العقم  
عند المرأة والرجل. الفحص بالمجهر  
بكلية الطب جامعة محمد الخامس  
بالبليارد السويدي



الجديدة في : 11/07/2023 El Jadida :

LA FRINDI Mohamed.

77,80

1/ Cardeniel

1,25mg

1mg

57,80

2/ Costal

1,25mg

1mg

27,70

3/ Candisaprin

1,25mg

1mg

45,30

4/ Ventoline

100mg

2mg

40,00

5/ Corvil

1,25mg

1mg

69,00

6/ Dociver

1,25mg

1mg

44,70

7/ profenid

1,25mg

1mg

359,30

Dr. EL BELIDI Aicha  
Médecine Générale  
Infertilité du Couple  
Colposcopie  
Hay Essalam 1 N° 715 El Jadida

المحمول : 06 12 02 04 76

حي السلام 1، عمارة 715 الطابق الأول - الجديدة

Hay Essalam 1, Imm 715 N° 1- 1<sup>er</sup> étage - El Jadida

GSM : 06 12 02 04 76



6 118001 100842

Carlensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7882160237

LOT : 221193  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80 DH

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Lot : EH6T  
EXP : 09 2024  
PPV : 45,30 DH

Lot n° :  
EXP :  
PPV : 40DH00

LOT: 230102  
DLUO: 01/2026  
69,00 DH

41,70