

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-815939

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7875 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LOFI SAIDA  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 755,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : LOFI SAIDA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Psychiatrie  
 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 22/09/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOIET ADHERENT

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| <b>092010982</b><br><b>Pharmacie</b> Nezha El Aoua<br><b>Argane</b> Docteur en Pharmacie<br>15-22-28-1978 | 29-08-23 | 213,30                |
|   |          | 14220                 |

[illegible]

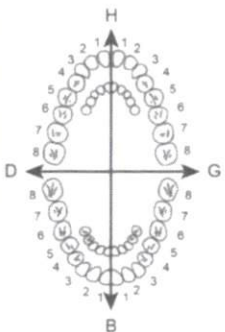
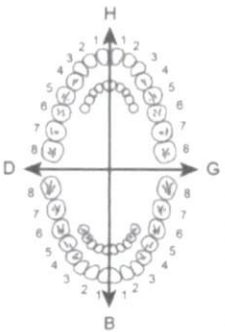
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins   | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |   |
|---|---|---|-------------|---|---|
|  |   |   |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>  |   |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |
|   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |   |             |   |   |
|   |   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>  |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>       |
|   |   |   |             |   |   |
|   |   |   |             |   | DATE DE<br>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. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

و النفسية

خريجة كلية الطب ببارود

محلفة لدى المحاكم

بالدور

1<sup>re</sup> Lfi sande

29 AOUT 2023

DATE: 30-08-23  
ORDONNANCIER:  
Pharmacie Argane Bte  
Nerha El Aoud

Delors 2023



Pharmacie Argane Bte  
Nerha El Aoud  
Tel: 05 22 26 19 18

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH  
ID: 652306  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH  
ID: 652319  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH  
ID: 652319  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 71,10 DH  
ID: 652284  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651661  
118001 140237

Handwritten notes and stamps, including "Pharmacie Oum Errabi", "Pharmacie Bidah", and "Pharmacie Hassani".

42, Zénqa طرابلس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء  
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca  
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18  
الفاكس : 05 22 22 81 34