

## 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

- 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

M22- 0048139

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2293

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAROUS Fatima

Date de naissance : 18-11-1941 Casablanca

Adresse : 4 Rue Dar el Melouk Maison 128 Casa

Tél. : 06668152

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2015

Nom et prénom du malade : LAAROUS Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Règlement des Actes
12/12/23			500	Dr. Mohamed Amine CHADMI Médecin Généraliste Lot 15, Bloc 19, Ras Yassine 1er Etage Rés. 201 Casablanca Tel: 0520 422 422 - INPE: 091 137280

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BELLE VUE 45 Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa Tél/Fax 05 22 22 12 82	12/12/23	64350

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

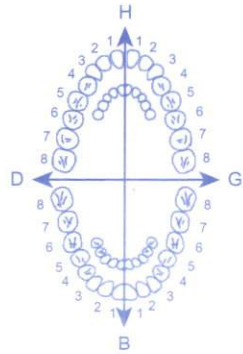
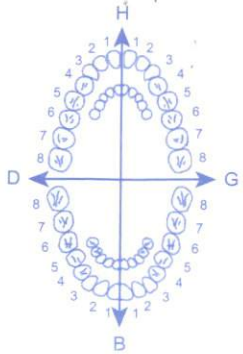
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

**Dr. Mohamed Amine CHIADMI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Médecin Chef des Forces Armées Royales

Ex. Médecin des Nations Unies

**MÉDECINE GÉNÉRALE**



**الدكتور محمد أمين الشياضمي**

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب رئيسي سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بالأمم المتحدة

**الطب العام**

الفحص بالصدى - داء السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

PPV : 138,30 DH

LOT : 652168

PER : 07/25

PPV : 138,30 DH

LOT : 652167

PER : 07/25

le: 12/12/2023

LAMOUS FATIMA



ACONAEVING 1g gel

**PHARMACIE BELLE VUE**  
Lamiaa EL EULJ  
Pharmacienne

45.Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa  
Tél/Fax 05 22 22 12 82



EFFIPRED 20 mg

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 400DH00  
EXP 06/2026  
LOT 32011 17



ACONAEVING 1g gel



ACONAEVING 1g gel

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. : 32,60 /

تجزئة 158، بلوك 19 إقامة ياسين، الطابق الأول، الرحمة 1 جانب ليديك. الرحمة - الدار البيضاء

Lotissement 158, Bloc 19 Résidence Yassine, 1er étage, Rahma 1 collé à Lydec. Rahma - Casablanca

Tél. : 0520 422 422 - GSM : 0661 41 90 00 - Email : sosmcase@gmail.com

14092

51  A x Ark

PPV: 140,90 DH  
LOT: 22E10  
EXP: 05/2024

87,00

21

21

 B. Bouvancis

Dr. Mohamed Amine GHADIMI  
Médecin (Chirurgiste)  
Lot 158, Boulevard des Yessine  
Ter Etage, Apt. n°1, Casablanca  
Tél: 0620 422 422 - MPE: 912 27289

64350

  
LOT: M0978  
PER: 02/2025  
PPV: 87,00 DH

مختبر  
ج.و.ع  
**PHARMACIE BELLE VUE**  
Lamiaa EL EULJ  
Pharmacienne  
45, Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa  
Tel/Fax: 05 22 22 12 82