

## 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

N° W21-807119

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8815 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Z. A. S. O. V. I. M. O. S. S. I. N. O.  
 Date de naissance : 28/05/1967  
 Adresse : HABITAT ELLE  
 Tél. : 06 57 86 58 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/24

Nom et prénom du malade : Age : 56

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

Nature de la maladie : Pathologie cardio-pulmonaire - Névralgie

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 : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOIET ADHERENT

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

17/01/24    C    G    INP : 041094541

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin    Date    Montant de la Facture

17-01-24    320,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien    Date des Soins    Nombre    Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

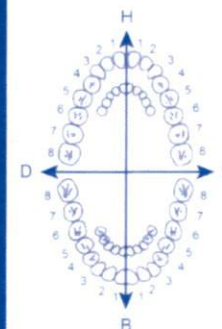
Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées    Nature des Soins    Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

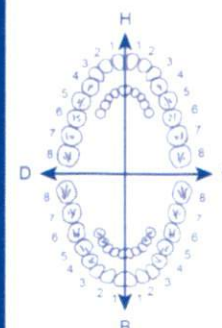
FIN D'EXECUTION

# 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



ROYAUME DU MAROC

MINISTRE DE LA SANTE

ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION REGIONALE CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA

CENTRE HOSPITALIER GERIONAL

MOULAY YOUSSEF



وزارة الصحة

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

المندوبية الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

# ORDONNANCE 17-01-24

N° EL ALAOUI MOUHARRE

92,40

1) Defax 30mg

24pl matin apres repas 5J

197,90

2) Boncodex gel

30,00 1gel matin / a coucher

3) Neotranscil cp

4cp x 4J

4) Allen-3

44pl soir

PHARMACIE EL LOULFA  
PHARMAKOVA  
Dr. SVISTAKOVA YASMINE  
N°54 Bd. Oued Tensift Oudta Casablanca  
Tél: 05 22 91 32 92



PPV: 92,40 DH



مارات فورمونترول: 12 مكغ في برشامة.  
واغات في كمية كافية لبرشامة.  
واغ ذو تأثير معروف: لاكتوز.  
لفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.  
لفظ بعدا عن مرقاق و متناول الأطفال.  
نرب قراء هذه النشرة قبل الاستعمال.

PPV: 197 DH 90  
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NR

Dr. R. GH  
Pneum  
Hôpital  
Casa - Alfa

320,30