

# 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

- 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- 0005681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109 Société : ND 193148

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERQUAOU Mohamed

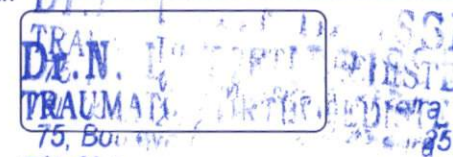
Date de naissance : 01 - 01 - 1950

Adresse : 19, RUE ABOU GHALIB CHIANI CASABLANCA

Tél. : 06 61 30 72 44 Total des frais engagés : 1001,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RACHIDA EL ALAMI Age: 25

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

Nature de la maladie : wfh

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 : Casablanca Le : 01/02/2024

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 Palier des Actes
21/2	✓	✓	20	
		15	20	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU CARRE DIDEROT</b> 23 Rue de Neuilly Carre Diderot 92000 NANTERRE SIRET: 791 597 453 00012 TEL: 01 47 29 13 85	13/12/2023	41,52 €

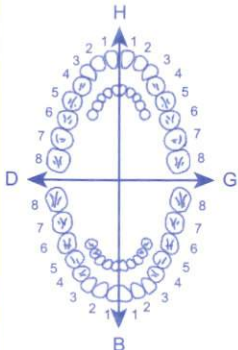
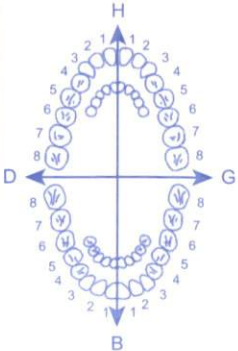
[illegible][illegible]

## 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 <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">                     25533412 00000000                 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">                     21433552 00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>D</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">                     00000000 35533411                 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">                     00000000 11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	<b>D</b>	<b>G</b>											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" 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. N. LATIF - IDRISSE**

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل



خريج كلية الطب بنانت

رئيس قسم و جراح بمستشفيات نانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le .....

Mr.(Mme) : .....

ALANI

السيد (ة) : .....

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

① Hexatrique

4 Boites

PHARMACIE DU CARRE DIDEROT  
23 Rue de Neuilly Carre Diderot  
92000 NANTERRE  
SIRET: 791 597 453 00012  
TEL: 01 47 29 13 85

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07



**N. LATIF IDRISSE**  
**75 bd massira Al khadra**  
**Casablanca**

**NOM : EL ALAMI**  
**PRENOM : RACHIDA**

<b>date</b>	<b>libelle</b>	<b>montant</b>
<b>02/01/24</b>	<b>Kc20 infiltration genou gauche</b>	<b>300.00</b>
	<b>Kc20 infiltration genou DROIT</b>	<b>300.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>600.00</b>

**Dr. N. LATIF IDRISSE**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDISTE**  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél 05 22 25 23 25 / 06 22 25 23 25