

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M23-0016764 10190 199924

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0010150 Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NBIGA MOHAMME

Date de naissance :

Adresse : Rue 73 N° 27 G.P.O. OUL FA CASA

Tél. : 06 27120285 Total des frais engagés : 77,80 + 200 + 109180

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/24

Nom et prénom du malade : ELBOUSTAOUI NADIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 Paiement des Actes
14.03 2024		1	2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HOPITAL CHEIKH KHADIR AL FIRDAGH GH26 IMM 249 N°1 OULFA CASABLANCA Tél: 05 22 93 17 73 PHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSOUNI Selma Docteur en Pharmacie 56, Bd Oued Sbou Oulfa Tel: 05 22 90 50 06	14/03/24	77,80 109,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			PHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSOUNI Selma Docteur en Pharmacie 56, Bd Oued Sbou Oulfa Casablanca Tel: 05 22 90 50 06

# AUXILIAIRES MEDICAUX

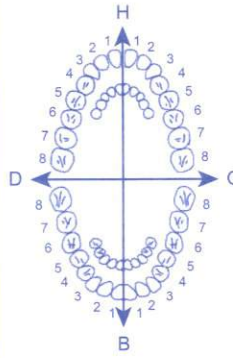
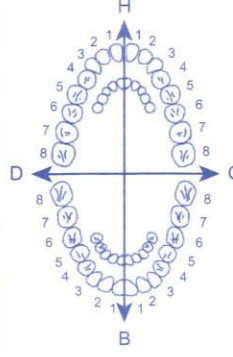
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14.03 2024			1		1000

# 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															
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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		COEFFICIENT 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. Khadija BELKEBIR

MEDECINE GENERALE

Lot. EL Alia - Rue 27 N° 94

Bd. Oued Tansift - EL Oulfa

☎ : 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكبير

الطب العام

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94

شارع وادي تانسيفت - الألفة

الهاتف : 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 14/03/2020 في الدار البيضاء،

M<sup>lle</sup> EL BOUSTAOUI NADIA

40.10

1) Xyrel



37.70

my 16 per

2) Depo -- i d o l

my IM

R 77.80

18,20 x 6

PHARMACIE HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Ordonnance  
AL FIRD AOUSSIM 249 N°1  
OULFA CASABLANCA  
Tel : 05 22 93 17 7

3) Uvedosec  
ip / m

PHARMACIE SALAH EDDINE  
Mme HASSOUNI Selma  
Docteur en Pharmacie  
56, Bd Oued Sbou Oulfa  
a ablanca Tel 05 22 90 50 06

r. BELKEBIR Khadija  
Médecine Générale  
Rue 27 N° 94 El Alia  
Cité Oulfa - Casab  
Tel 05 22 90 48 76

LOT : 23007  
PPV : 40 DH 10  
PER : 10/26

LOT/EXP.:

HJ4689  
06/2028  
P.P.V.: 37DH70

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 18,20 DH  
6 118001 185036

(x 6)

109.20

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
6 118001 185030