

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>SM8</b>		Société : <b>BAE ABDELLAH ET FILS SAIDI</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>15/10/20</b>
Nom & Prénom : <b>BEN ABDELLAH ET FILS SAIDI</b>		Date de naissance : <b>20/10/78</b>	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : ..... / ..... / .....			
Nom et prénom du malade :			Age: .....
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : .....			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : **28/03/21**  
 Signature de l'adhérent(e) : **SM8**

Le : **28/03/21**

# 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



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

No W19-558023

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5118

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENABDELLAH IMEL FILALI SAMIR

Date de naissance :

15/6/1962

Adresse :

YOUSSEFA 11 imb 11 APT 19 Jnanane

Tél. :

0669650503

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BEN OUDA SARA  
Médecin Généraliste  
Casablanca

06 97 06 43 87

Date de consultation :

28/10/3, 2024

Nom et prénom du malade :

Benabdellah Imel filali samir Age: 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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 :

Casa

Le : 28/10/3, 2024

Signature de l'adhérent(e) :

W11

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

No W19-558023

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### RELEVE 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
28/03/2024	L	1	1150 F DR. BERNARD BAYA SARA Médecin Généraliste Casablanca 06 97 06 43 87	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDAR 16-1 Rue 3 Abdellah Al Jaddid Unchock-Casab-022-507819	28-03-24	198,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			198,10

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal (D), bu				

**DR. BEN OUDA SARA**

Médecine générale



Échographie générale -  
Suivi de grossesse - Suivi de  
maladies chroniques -ECG

Ordonnance

Mme/Mlle/Mr : Benabdellah Krim Casablanca le : 28/03/2024.

El filali walid.

1/ Zamox 1g   
98,00      1 ep = 2 1/2 polt 6 grs.

**PHARMACIE ADDIAR**  
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida  
UnCheck-Casa-022.50.78.19

2- / Daliprone 1g  
1 ep = 2 1/2 polt 2 grs.

3- / weez e + zinc   
59,00      1 ep = 2 1/2 polt 10 grs

4- / Moravitek sirup   
41,10      1 das a 2 1/2 polt 5 grs.

5- Houzia gelée royale  
1 dose 6 grs.

198,10

**DR. BEN OUDA SARA**  
Médecin Généraliste  
Casablanca  
Rue 1 n° 27 Al Diyar El Jadida 1er étage Ain Chock - Casablanca  
Tél : 06 97 06 43 87

الدار البيضاء

Rue 1 n° 27 Al Diyar El Jadida 1er étage Ain Chock - Casablanca

Tél : 06 97 06 43 87 - E-mail : benoudasara68@gmail.com

Distribué sous licence  
--LAPROPHAN S.A--  
21, rue des Oudaya  
Casablanca-Maroc  
PPV : 41DH10

LOT N°: 23411  
UT. AV: 08/25  
PPC (DH): 59,00

PPV: 98DH00  
PER: 07-26  
LOT: M 2250

730155.09.21

