

## 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

- 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.

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° W19-431966

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10300

Matricule : 10300 Société : RACHIDA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RIDA OUI

Date de naissance : 09.01.1971

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 66 27 47 83 Total des frais engagés : 604,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.01.2019

Nom et prénom du malade : GILIANE ERROUDAN Age : 48

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie chronique

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 : 09.01.2019

Signature de l'adhérent(e) : GILIANE ERROUDAN

## Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69  
R.C. 118264

Casablanca, le\_

8/2/19

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

8/7/19

60410

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires**FACTURE N°**

M

GRIR N ERREDDA

DOIT

2 Travesty  
1 Visited qth

230,000 460,000  
14410

PHARMACIE MAHJABE  
André AGHOUR  
21, Av. des FAR - Casablanca  
0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

604,10

Palatini  
Chromique



6 118001 070619

**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS

406151



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NC/  
PPV : 230 DHS

40615

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubeir Ibrout  
El Aouam 20500 Casablanca  
**P.P.C: 144.10**