

# 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041368

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00294 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Thami Bakdadi  
Date de naissance :  
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 : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041368

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 :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				<b>Coefficient des travaux</b>																
				<b>Montant des soins</b>																
				<b>Début d'exécution</b>																
				<b>Fin d'exécution</b>																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<b>Montant des soins</b>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
D 00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																	
			<b>Fin d'exécution</b>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 17 / 0063209</b>		<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
<b>Cachet MUPRAS</b>			



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

**P 17 / 0063209**

**DATE DE DEPOT**

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>00294</b>	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom <b>Thami Batedid</b>			
Fonction <b>Rétiar</b>	Phones		
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>BAKSID. THAMI</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date <b>14/10/19</b>	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<b>LTA + disphagie</b>	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>ccf</b>			<b>150,00</b>
<b>ECC</b>			<b>100,00</b>
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>14/10/19</b>		
Montant de la facture	<b>466,20</b>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
<b>CACHET</b>			

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux

الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين



BAKTIID

THAN  
89,00x2

Casablanca, le : 14/12/19

1) Celmo 25

2) 57,80x2 1/1 4/1;

3) 43,00x3 1 4/1;

21,80x2 1/2 4/1;

4) Aspiric 100  
466,20 1 4/1;

III 3moy



Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa  
INPE: 91170670



89,00

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

89,00

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV:57,80DH

: N LOT

: (HD) Add

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV:57,80DH

: N LOT

: (HD) Add

43,00

43,00

43,00

LOT : 19E003  
PER:03 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



LOT : 19E003  
PER:03 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80



ID:

D-naiss:

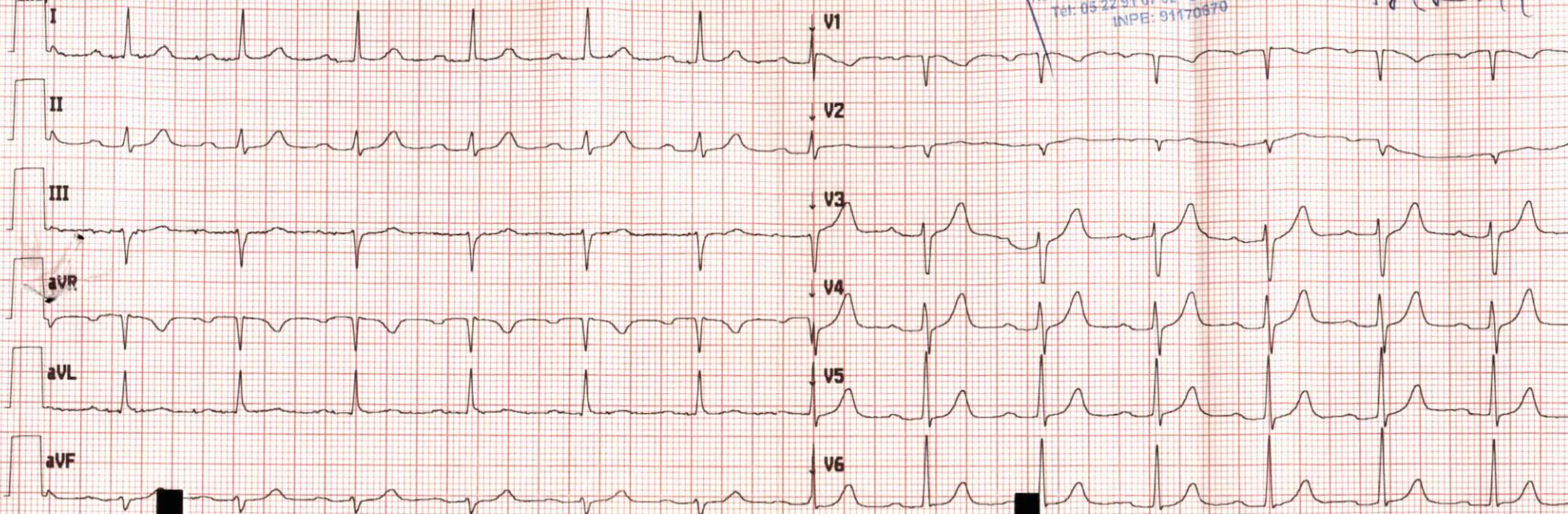
ans,

14-Oct-2019 13:12:14 Fréq. Card.: 80 BPM  
Axes P-R-T: 31 -11 49 Int PR: 235ms  
Dur.QRS: 78ms QT/QTc: 347/382ms

14-Oct-2019 13:12:14

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - Tel: 05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14  
Tél: 05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

BRASSIO  
THANI



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence \*11927 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz