

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-764517

1 32 994

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8939      Société : RAT

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : HASS EL MOUSTAFA

Date de naissance : 13/10/1965

Adresse : 51 LOT HAS ANEM EL OULFA CASA

Tél. : 0670.273881      Total des frais engagés : 150 + 340,20 = 490,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/22

Nom et prénom du malade : HASS AYOUB      Age : 18 ans

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 : 06/09/22

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
				INP : <input type="text"/>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

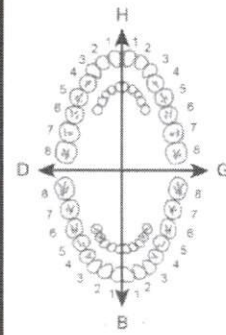
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

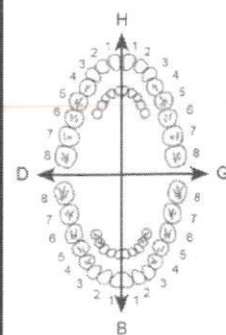
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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



**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**



Soins	Coefficient	Montants	Debut	Fin

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS


DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Les 3	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/9/2022		C	150 Dh	 Dr. KZ MOUSSAOU HAJ HAMOU Lotissement Zouhdi - Imm 1121 Appt 4, Oulfa - Casa

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DATTIER 149 B Lotissement Haj Fakh 5 Lisasfa Casablanca Tel 0631-11-06379	06/09/22	340,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

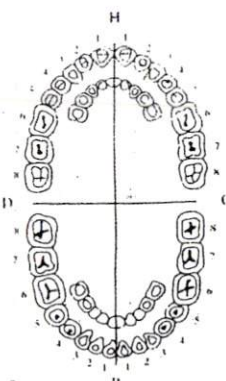
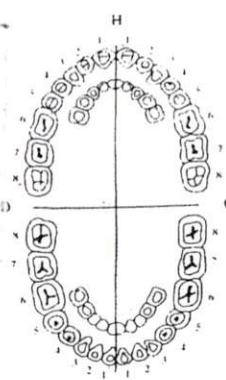
### VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				<input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		<input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir  
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I  
Appartement 4 Oulfa - Casa  
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير  
(مجموعة الضحى) عمارة  
112 I شقة 4 الألفة  
الهاتف : 05 22 93 41 48

إكزوميدين  
محلول

le

6/9/2022

في الدار البيضاء،

Hafid Ayoub

14,100

1) Hexomedine polu

14,100 2 x 1s

PHARMACIE DATTIER  
149 R Lotissement Haj Hamou 5  
Libanassa - Casablanca  
Tel 0631-17-0079

LOT: 220370  
PER: 04-2025  
PPV: 25,00DH

Coccidiol pole

25,100 1 appl x 2/3

PPV 116DH40  
LOT 230152  
EXP 04/2024

Floxapen 500 mg = Floxam

116,140 2 gel x 2/3

LOT : 8157  
UT. AV : 03-25  
P.P.V : 22 DH 40

Canaflucon 150 mg (x2)

92,140 x 2 1 gel sem

LOT : 8157  
UT. AV : 03-25  
P.P.V : 22 DH 40

Tegume pole (x 26)

70,100 x 2 1 appl x 2/3

LOT: 211344  
PER: 10-2023  
PPV: 70,00DH

340,20 plus 1 appl 1/3

Dr. F.Z. MOUSSAOUI  
HAJ HAMOU  
Lotissement Zoubir Imm. 112 I  
Apprt 4 Oulfa - Casa