

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0025009

178575

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nageldine Abdelkader

Date de naissance : 01.1.1948

Adresse :

Tél. : 06 88 51 75 73

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 :

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 : Casablanca

Le : 12 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

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

N° règlement : 2023107673

 **AtlantaSanad**  
ASSURANCE  
**DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE**

Contrat n° : 004.2020.00000036-01

Adhésion n° : 00000192

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE

Adhérent(e) : LIDRISSI KHADIJA

Déclaré le : 05/09/2023

Soin du : 09/08/2023

Sinistre n° : 040.2023.00470358

Date décision : 11/09/2023

Reçu le : 04/09/2023

| Nature Prestation           | Frais Engagés (Dhs)       | Remboursement    |                 |              |                     |
|-----------------------------|---------------------------|------------------|-----------------|--------------|---------------------|
|                             |                           | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) / Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | 200.00                    | 0.00             | 200.00          | 90.00        | 180.00              |
| Pharmacie                   | 2 031.00                  | 0.00             | 2 031.00        | 90.00        | 1 827.90            |
| Totaux                      | 2 231.00                  | 0.00             | 2 231.00        |              | 2 007.90            |
| Dossier n° :                | Règlement compagnie (Dhs) |                  |                 |              | 2 007.90            |

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S\_D\_202343507-  
1-26\_R-2

Dépot 14/8/2023

**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

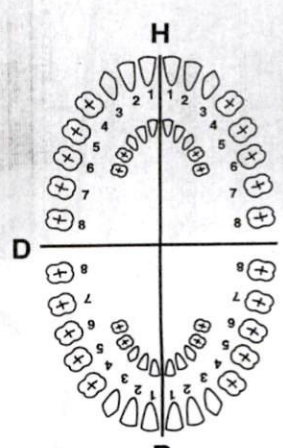
NOM et Prénom du malade LEONARDO RIVERA RIVERA  
Nature de la maladie DIABÈTE + H.T.A.  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) \_\_\_\_\_

Age : ..... Ans

## DETAIL DES SOINS

[illegible]

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> DEVIS<br>Etabli le .....            |                |                                                                                                        |             | <input type="radio"/> TRAITEMENT<br>Commencé le .....<br>Terminé le .....                                                                     |  |
| SOINS                                                     |                |                                                                                                        |             | PROTHESE                                                                                                                                      |  |
| Dates                                                     | Dents traitées | Nature de l'intervention                                                                               | Coefficient | Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons<br><input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
|                                                           |                |                                                                                                        |             |                                                                                                                                               |  |
| Montant des soins<br>DH                                   |                | Montant de la prothèse<br>DH                                                                           |             | Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse                                        |  |
| Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis) |                | Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse |             |                                                                                                                                               |  |

Partie réservée au contrôle

**Docteur Hassane SBIQUI**

Ancien Médecin au 1<sup>er</sup> Bataillon Médical Militaire

Ancien Médecin Major de la marine royale

Médecine générale

Chirurgie dermatologique

Echographiste et doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale

Traitement de la douleur

Centre de vaccination pour enfants et adultes

Traitement des maladies névrotiques psychiatrique

Psychothérapie de soutien

Diabète et maladies gériatriques

Casablanca le

الدكتور الحسن السبيوي

LEORESS Khodij's

09 AOUT 2023

2 x 72,00

- Detentiel 5:2



3 x 629,00

MPIT

- Karetto 5:3



MPIT

الدكتور الحسن السبيوي  
Docteur Hassane SBIQUI  
88, Bd Med El Mknassi Bourgogne Casa  
شارع محمد المكناصي بوردغون البيضاء 88  
الهاتف : 05 22 26 91 80

Pharmacie  
Azane  
Nezha El Aouf  
Docteur en Pharmacie  
88, Bd. Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 05 22 40 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 91 80

88, Bd Mohammed El Mknassi Bourgogne. Casablanca

Téléphone 0522 26 91 80

88 شارع محمد المكناصي ، بوردغون ، الدار البيضاء

الهاتف 0522 26 91 80