

# 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

Déclaration de Maladie

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

04 SEP. 2019 W19-413274

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12481	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENOMAR RABIE			
Date de naissance : 02/01/1987			
Adresse : Ibs tachfine 2es AL MAJD 1 IMC Apt 12 Etage 3, Casablanca			
Tél. : 0677444238	Total des frais engagés : 607,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

**DR. S. LAHLOU EL KABBAB**  
Pédiatre  
Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél. 05 22 27 37 82

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2019

Nom et prénom du malade : BENOMAR RABIE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Orale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CLINIQUE PEUDIATRIQUE 51 Bd Abdellah Ben Badis Casablanca

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 : 03/09/2019  
Signature de l'adhérent(e) : 

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie № W19-413274

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 : 12481  
Nom de l'adhérent(e) : BEABNA RABIE  
Total des frais engagés : 607,60  
Date de dépôt : 02/09/2019

## **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
02/01/1994	Ch	1	1000,00	INP : 1091000000 DR. S. LAHLOU EL KADDOUB Pédiatre 1 Avenue Hassan II - Casablanca T. +212 22 27 37 89

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>KETTANI Houda</b> <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>101, Bd El Mechmi El Filali</i> <i>Taddert California - Casablanca</i> <i>05 22 52 30 51 / 08 08 38 99 5</i>	28.18.115	207.60

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## 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"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



أطفال  
CLINIQUE

LOT : 1929  
PER : 03-21  
P.P.V : 66DH10

LOT : 1929  
PER : 03-21  
P.P.V : 66DH10

PV (DH) :

dir N° :

UT. AV. :

37,00

le 28/8/19.

DENOMAR:

Hafak.

66.10 x 2

y. Acfav. 5fl.

Date 14/8/ . 3xli x 1 fl



19.00

y. Nurodal 500mg



Date 14/8/ 3x1fl

19.40

3y. Antibio synalar 500ml  
2 goutte

3xli

CLINIQUE ENFANTS  
50, Bd Abderrahim Bouabid  
Tétouan - Casablanca  
Tel. 0522.23.50.28 / 0522.18.18.18

KETTANI-Houda

Docteur en Pharmacie  
101, Bd. El Hachemi El Filali  
Ex. Taddert California - Casablanca  
tel 05 22 52 30 51 / 08 08 38 99

PHARMACIE EL HAHMANE

0522.23.50.28

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

0522.18.18.18

37.00

Hy. Alerg 500ml  
1 car



S. LANTOU El Khouly  
Pédiatre  
Casablanca  
5, Avenue de l'Indépendance  
Casablanca  
Tél. 0522.23.50.28  
e-mail : alrclinique@gmail.com

19,40

19,40

19,40

19,40

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax: 0522.235.028  
e-mail : alrclinique@gmail.com



مصحة أطفال  
CLINIQUE ATFAL

## Note d'honoraires

Nom et prénom

Benomar mALK

Diagnostic

✓

Intervention

Cotation

Honoraires

400 DH

Casablanca, le

28/8/19

Signé

50, Bd Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca  
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028  
E-mail : atfalclinique@gmail.com