

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Prendre 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- 0033369

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2270 Société : RAA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : SAAD NEHAMA

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Rue Elina 15 - 71881m/ OUDJA

Tél. : 01-01-54 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 :

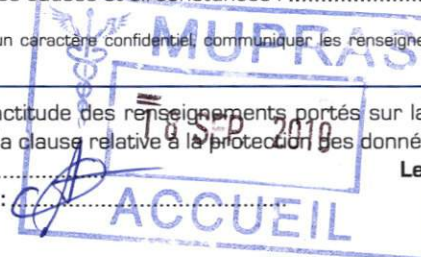
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





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 en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>SAAD</u>	Mle <u>2270</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14/0028644</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>350 + 1358,40 = 1708,40</u>		
<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			



P 14 / 28644

DATE DE DEPOT

120

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		N° 2270	
Nom & Prénom SAAD MOHAMMED			
Fonction Retraité		Phones 0522915125	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient N. Saad Mohamed	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 01.01.54	
Nature de la maladie		Date 2/09/19	
Trouble dépressifs		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	
C		300 DH	
Montant détaillé des honoraires		Dr. Sanaa MAFTOUH Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue - Sexologue - Psychogénéraliste Angle rue Cherkhour et Boulevard Sidi Abderrahman porte 3ème étage N°3 - Casablanca Tél. 07 07 23 78 E-mail: sanaa.maftouh@hotmail.com	
PHARMACIE		Date 02/09/19	
Montant de la facture		1358,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Le 2/09/19

N° Saad Mohamed

93.00  
x3  
1/ Anafanil 25 p  
1/2 - 00

95.90  
x6  
2/ Tegretol 400 CR  
1 - 0 - 1

93.00  
x6  
3/ Temesta 1 p  
1 - 0 - 2

122.00  
x3  
4/ Stilnox 101 p  
2 - 0 - 2

15

PHARMACIE AL OUAJ  
S. CHALAK Haj Nassar  
Denteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El Oulid  
Tel / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
0777777777

Dr. Sanaa MAFTOUH  
Psychiatre - psychothérapeute  
Addictologue - sexologue - Psychogériatre  
Angle route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane  
Porte B, 3ème étage - Casablanca - Tel.: 07 07 23 78 05  
E-mail: sanaa.maftouh@hotmail.com

Thors mor

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 95.90 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 93.00 DH

LOT : 8MA010  
PER : 08 2020

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

LOT : 9MA011  
PER : 03 2021

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

LOT : 8MA010  
PER : 08 2020

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

LOT : 8MA010  
PER : 08 2020

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

LOT : 8MA010  
PER : 08 2020

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 118000 011569

00,22v

STILNOX® CR 12,5 mg

احترام القانين المعينه  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

Lire attentivement la notice avant  
utilisation

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants

STILNOX® CR 12,5 mg  
28 comprimés  
à libération contrôlée

