

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Consignes 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.

### Pathologie 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.

### Education :

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.

### Maladie chronique :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0029559

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL IMAM EL ALAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 01.02.1947

Adresse : 236, Bd. Moulay U. Casa

Tél. : 0618873188

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) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Il faut d'abord identifier la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Remarque : la dent traitée

Il faut aussi indiquer en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que la bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux								
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticalaire											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Creation, Remont, adjonction)												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

ET ADHERENT NOM: **ELIMAM ELALAOUI** Mle **3230**

ARATION N° **W18-354240**

de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**3 pièces**

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
 Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les  
 justificatifs exigés par la Mutuelle

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

**W18-354240**

**DATE DE DEPOT**

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <b>3230</b>
Nom & Prénom <b>ELIMAM ELALAOUI Abdelaziz</b>		
Fonction <b>Retraite</b> Phones <b>0618873188</b>		
Mail <b>elimamabdelaziz@gmail.com</b>		
MEDECIN Prénom du patient <b>ELIMAM ELALAOUI Abdelaziz</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		
Nature de la maladie <b>begin / lumbago</b> Date 1ère visite .....		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <b>Non</b> <b>DR. ZEROUALI YOUSSEF</b> <b>MEDECINE DU SPORT</b> <b>Place du Marché</b> <b>Madrif - Place du Marché</b> <b>Rue Kod. Ince</b> Tél: 072 25 66 80		
Nature des actes <b>1409/19</b>	Nbre de Coefficient <b>6</b>	Montant détaillé des honoraires <b>100</b>
PHARMACIE Date <b>12/09/19</b>		
Montant de la facture <b>790,50</b>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**DR. ZEROUALI YOUSSEF**  
**MEDECINE DU SPORT**  
**Place du Marché**  
**Madrif - Place du Marché**  
**Rue Kod. Ince** Tél: 072 25 66 80  
**PHARMACIE GRANADA**  
**Lotissement, Mesbouna Lot N° 39**  
**Rue 25 N° 27 - 29 Casablanca**  
**Tél.: 05 22 48 44**



ELIMAM ELAHOUI 3230

PPV: 55,00 DH  
LOT: 593647

PPV: 55,00 DH  
LOT: 579414

PPV: 55,00 DH  
LOT: 593957  
PER: 01/20



. Amoxil (3)

71,30

- Tanakan (2)

71,30

PPV 25DH00  
PER 01/24  
LOT 1218

PPV 25DH00  
PER 01/24  
LOT 1218

- Tramal. (4)

PPV 25DH00  
PER 01/24  
LOT 1218

PPV 25DH00  
PER 11/23  
LOT H2401

LOT: M0316  
EXP: DEC 2021  
PPV: 60,00 DH

- Voltarene (2)

LOT: M0311  
EXP: DEC 2021  
PPV: 60,00 DH

- ~~Diindol~~ (2)

Di-INDO® 100 mg 10  
PPV 60DH40 EXP

- Diindo (2)

Di-INDO® 100 mg 1  
PPV 60DH40 EXP

INEXIUM  
mg Cpr GR  
Boite 14  
41/50MP/21NRQ PPV: 142,10 DH

- Inexium (1)

EV 100908