

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

## Informations 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° P19-0026482

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1855

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DER KAOUI

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 99 14 97 45

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) :

cf



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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<br>Traitées | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|-----------------|
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |
|                 |                   |                     |             |                 |

| O.D.F.<br>Prothèses dentaires  | Détermination du coefficient<br>masticatoire | Coefficient<br>des travaux |
|--|--|----------------------------|
|  | H  |                            |
|  | 25533412                                     | 21433552                   |
|  | 00000000                                     | 00000000                   |
|  | 00000000                                     | 00000000                   |
|  | G  |                            |
|  | 35533411                                     | 11433553                   |
|  |  |                            |
|  |  |                            |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                            |
| Date du devis  |  |                            |
| Fin de   |  |                            |

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

| VOLET ADHERENT   |                | NOM :                  | Mle |
|--|----------------|------------------------|-----|
| DECLARATION N°   |                | W18-386186             |     |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |     |
|  |                |                        |     |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois<br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |     |



W18-386186

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT |          | Mle                   | Signature de<br>l'adhérent<br>Signature de<br>l'adhérent |
|--------------------------|----------|-----------------------|--|
| Nom & Prénom             |          | 1855                  |  |
| Fonction :               | RETRAITE | Phones 0699149745     |  |
| Mail                     |          | Derkroui.192867414.cm |  |

| MEDECIN   |   | Prénom du patient               |
|---|---|---------------------------------|
| Adhérent  | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age                             |
| Nature de la maladie                              |   | Date 04/10/19                   |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |   | Date 1ère visite                |
| <p>Gastrocatalyse + f... ..</p>                   |   |                                 |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient   | Montant détaillé des honoraires |
|   |   |                                 |

| PHARMACIE             |  | Date       |
|-----------------------|--|------------|
| Montant de la facture |  | 06/10/2019 |
| 147.00                |  |            |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES     |                                 | Date : |
|------------------------------|---------------------------------|--------|
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |        |
|                              |                                 |        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX |    | Date :                          |
|----------------------|----|---------------------------------|
| Nombre               |    | Montant détaillé des Honoraires |
| AM                   | PC | IM                              |
|                      |    | IV                              |
|                      |    |                                 |

الدكتور بنقودور بنقودور  
Dr. BENNADOUR Brahim  
Spécialiste en Médecin de sport  
Urgentiste - Cardiologue  
Chef de Berrechid  
INPE: 061011516

Signature et  
Pharmacie AMAGOUR Youssef  
EL ANCOUET  
Tél: 05 27 37 47 2019  
E-mail: youssef.amagour@gmail.com

CACHET

CACHET

# ORDONNANCE

28.10 1st DENKHOE Le 04/10/19

Vogel S.V

38.00 1C - S 1 al 2

Bot S.V

Pharmacie AMAGOUR YOUSSEF  
EL ANOUAR Docteur en Pharmacie  
Lot El Amei N° 36 Berrechid  
Tél: 05 22 32 41 27 - Gsm: 06 37 18 59 74  
E mail: youssef.amagour1@gmail.com

65.10 1  
cel bul S.V

16.00 1  
Dof S.V

73 447.00

DR. BENKADDOUR BRAHM  
 Spécialiste en Médecine de Santé  
 Urgentiste en Berrechid  
 Tél: 06 10 15 16

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,10  
فوتالين®  
ميطويمازين  
0,1%

**CO-TRIM® FORT**

**20** comprimés

PPV 38DH00

EXP 05/2023  
LOT 94070 2

Lot :  
مجموعة

Fab :  
صنع

EXP :  
صلاح لغاية

335A 10 2018 10 2021  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

PPV 15DH80  
PER 05/22  
LOT 11351

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Délégation Provinciale de Berrechid  
Centre Hospitalier Provincial de Berrechid S.E.G.M.A

Quittance

N° 161419

Reçu de M.

DERKAOUI MOHAMED

La Somme de

quarante DH

| NATURE DE LA RECETTE | EX. | SOMME |
|----------------------|-----|-------|
| CA                   |     | 40,00 |
| Total                |     |       |

Cachet du  
service

du service  
de recette et  
de régie

Le 06/10/19  
Signature du  
Régisseur