

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Éducation :

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](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)

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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0037886

MP = 22018

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1681 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARTOUSSI Mohamed

Date de naissance : 11/2/1953

Adresse : 14 Abdellah

Tél. : 0632 995 36 Total des frais engagés : 1632 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BARTOUSSI Mohamed

Cachet du médecin :

Médecine Générale  
Lot. Chahdia N° 344 Bd. Dakhla  
El Oulfa - Casablanca

Date de consultation : 25/12/19

Nom et prénom du malade : BARTOUSSI Mohamed Age : 68 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension du 1er degré

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 19/2/2020 Le : 19/2/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
05/12/19	C	1	15000	Dr. DARROUSSI Malika Médecine Générale Lot. Chancie N°: 344 Bd Boulogne
10/12/19	C	1	15000	Dr. DARROUSSI Malika Médecine Générale Lot. Chancie N°: 344 Bd Boulogne

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SAIB</b> <b>Zakaria SAIB</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>154, Bd. Oued Douira El Azhar II</b> <b>Casablanca - Tél: 05 22 91 16 54</b>	21/19	1632,00

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

[illegible]

**RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b>                      <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient des Travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				DATE DU DEVIS

Docteur Darroussi, Malika

الدكتورة دروسي مليكة

Docteur en Médecine

Echographie générale

Nutrition

دكتوراه في الطب

شهادة في الفحص بالصدى الصوتي

شهادة في طب التغذية و الحمية

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

10/12/19  
Medecine Générale  
Chahdia N°: 344 Bd Daoura  
El Oulfa - Casablanca

72 BAR DASHI  
PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
154, Bd. Oued Daoura El Azhari II  
Casablanca - Tél: 05 22 91 16 54

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

DI. DARROUSSI MALIKA  
Médecine Générale  
Lotissement Chahdia N°: 344 Bd Daoura  
El Oulfa - Casablanca

تجزئة الشهيد 344 شارع وادي الدورة - الألفة , الهاتف : 05.22.91.01.97 الدار البيضاء

Lotissement Chahdia 344 Bd.Oued Daoura - El Oulfa Tél : 05.22.91.01.97 Casablanca