

## 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 l'assurance maladie.

## Optimisation

- 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](http://www.mupras.com)

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

**Déclaration de Maladie**

Pr. 2020  
N° W19-526518  
04 MARS 2020

**ACCUEIL**

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7283 Société :

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre** :

Nom & Prénom : EDEBDOU Slimane

Date de naissance : 01/03/66

Adresse : 1000 Belvédère

Tél. : 06 69 02 1143 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>DRA. BENHALLAM Meryem</b>            Allergologue            Dr. Meryem Benhalla            Tel: 022.230.53.00 - 022.53.30.82         </div>
Date de consultation :	07/12/19
Nom et prénom du malade :	STOBB JON
Age :	Ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	<b>N°</b> W19-526518
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.            Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	
<p><b>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</b></p>	
<p>Matricule : <i>7783</i></p>	
<p>Nom de l'adhérent(e) :</p>	
<p>Total des frais engagés :</p>	
<p>Date de dépôt :</p>	

## 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
27/12/19	C	2	2000	INP : 1212197 Dr BÉLLAM Meryem Allergologue

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE YASMINA</b> 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél: 05 22 53 31 88	7/12/19	289, 30
	7/12/19	118, 30

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### (Création, remont, adjonction)

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Meryem BENHALLA  
Pédiatre

Spécialiste des Maladies  
Infantiles et Néonatales  
Allergologie Pédiatrique

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 DH

190088  
02/2022

PPV: 79,90 DH  
LOT: 590488  
PER: 02/21



صيغة حساسية للأطفال

Berrechid, le : ..... 22.12.13 ..... في

PPV: 79,90 DH  
LOT: 590488  
PER: 02/21



79.90x2 ② قياس آمن

1. Clément ② Sachet

1.5

1x < 31g كيس

79.50

ل

Apient

سنج ②

1.5

20.00

1x < 31g كيس

3. Fébre

Sachet A d'alle

1.5

259130

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBNOU NAFIS  
HAY Yasmina Berrechid  
Tél: 05 22 53 31 88

Dr. BENHALLA Meryem  
Centre Allergologue  
87, Bd Mly Ismail - Berrechid  
Tél: 05 22 32 50 53

Docteur Meryem BENHALLAM  
Pédiatre

Spécialiste des Maladies  
Infantiles et Néonatales  
Allergologie Pédiatrique



الدكتورة مريم بن حلام

اختصاصية في حلب  
الأطفال والرضع  
حلب حساسية الأطفال

Berrechid, le : ..... ٢٠١٢ ١٩ ..... برشيد، في

٩٨,٩٠

④ ~~EDISON~~ Aman

1- Zecler Syrup

(S.)

١٩,٦٠

٢ لتر + ٣٥ = ٢

2- Akide Syrup

④

١٨,٣٠

PHARMACIE YASMINA  
77 Bd IBNOU NAFIS  
HAY Yasmina Berrechid  
Tel.: 05 22 53 31 88

Solution buvable

Enfants

Apixol®

