

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **caire :**

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.

## **adie 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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**

Nº P19- 0044439

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

866113  
**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2661 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDELILLAH, 67 ans

Date de naissance : 01/01/1909

Adresse : 9, Rue Atalante Fols Gharb

Tél. : 06 6132 56 70 Total des frais engagés : 599,- Dhs

**Cadre réservé au Médecin**



Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2020

Nom et prénom du malade : ASMAA ABdelilAh Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gastrite + Jomoroth.

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) : .....

#### **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
03/03/2020	Actes de soins		400 Dhs	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Mohamed El Kacir Douxeur Bd Rihani Oao 26</i>	03.03.2026	199,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

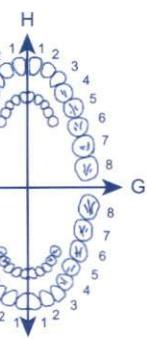
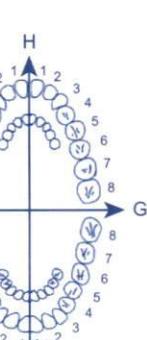
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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'EX

FAB. JUN-19  
EXP. MAY-22  
LOT ZCRF

# ORDONNANCE

~~Dr. NACER AHMED  
Médecin  
AKILIM  
Secour Assistance  
Rue 300 N° 27 100 91 Casablanca  
tél: 0522 21 12 91 fax: 06 10 10 10 11  
www.akilim-assistances.com~~

CAS Le: 08/03/2020

~~Pharmacie  
Mohamed FAYCAL KHATTABI  
Docteur en Pharmacie  
341, Bd Panoramique  
TEL-FAX: 062 27 71 85 26 68~~

~~Tec ASHAA~~

~~SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnou al aquarne roches  
casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH  
6 118001 020591~~

~~DAH.~~

~~02.60~~

~~1/ Inexi - 20 g  
si~~

~~00.60 1cp / 1c~~

~~2/ Tetospas - 4 L.G.~~

~~01.00 1cp . 3pt Avant~~

~~21.00 3) No spa forte. Avant~~

~~1cp - 3 pt  
Après  
199,00 Dhs libras  
1cp - 3pt~~

**METEOSPASMYL® 8 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

01 NO - SPA FORTE 80 MG  
CP B20  
P.P.V. : 45DH00  
6 118000 861816

**Dr. NACER AHMED**  
**Médecin**  
**AKILIM**  
**Secour Assistance**  
Rue 300 N° 27 100 91 Casablanca  
tél: 0522 21 12 91 fax: 06 10 10 10 11  
www.akilim-assistances.com