

## 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.

### 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.

### 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](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- 051582

mm = 30050

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00755 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARRIF RABIA

Date de naissance :

Adresse : 18, Rue 12 HAY OULFA CASA

Tél : 0660527018 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) :





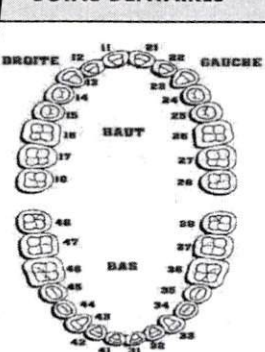
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Il doit fournir une facture

Il doit joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

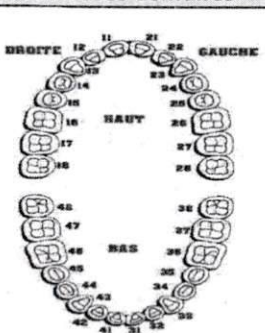
Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F.

Prothèses dentaires

Détermination du coefficient  
masticatoire



	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	G	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

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°

W18-402241

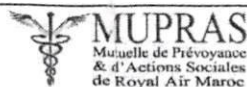
Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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



W18-402241

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 00755

Nom & Prénom ARRIF RABIA

Fonction : Retraitee Phones 0660527018

Mail

Signature de  
l'adhérent  
Signature de  
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Rabia

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

Date

27/05/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affect neurologique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Non

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

Cs

C2

250 \$

PHARMACIE

Date 27/05/2020

Montant de la facture

191,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM

FC

IM

IV

CACHET

# Dr. Mohamed MOKRI NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,  
Système nerveux et de la colonne vertébrale.  
Traitement de l'épilepsie  
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Meknes  
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



## الدكتور محمد المقري

إختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،  
الأعصاب و العمود الفقري  
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)  
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى محمد الخامس - مكناس  
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le : 27/05/20

PHARMACIE AL OUAJ  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
1/2 Av. Oued Sebou - El Oulfa  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057

126,00

27,00

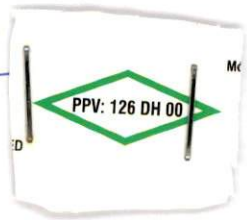
19,20

18,70

191,40

Arri

Rabia



① Alentra 10 mg  
1/2 - 0  
2 - 0

② Alivior  
1 - 0  
0 - 0

③ Alganhl 200  
1 - 1

Vitolon plus  
1 - 0

0 x 08  
0 x 01 mo

27,00  
L01: 02/01/10  
P18: 02/01/10  
P19: 27.0000

1 x 05  
1 x 1

ALGANTI  
PPV 19DH70

1 x 03

VITATLON 500®

DR. MOKRI M  
NEUROCHIRURGIEN  
Bd Mohamed Bouziane Apt. 1  
Imm. 4 Apt. 1  
Tél: 0522 551 092

PPV 18DH70  
EXP 03/2022  
LOT 80084 3

مكة فرحتين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسما سيدي عثمان)

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796