

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

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° P19-0036266

ND 30193

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

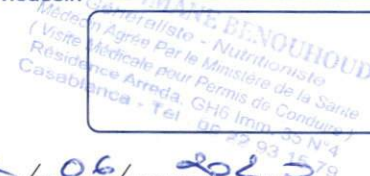
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
Date de naissance : 01-01-1944  
Adresse : LOT ATLAS ANOUE RUE 1 IM80 APPT 1 DULFA CASA  
Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 243,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2020  
Nom et prénom du malade : MR HAJIL MOHAMED Age : 76  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : asth  
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 : CASA Le : 02/06/2020

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
02/06/2020	CUS		550,00 DH	<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: PHARMACIE SOUFIANE, Groupe K, Rue 154 N° 23/2, EL GULFA - Casablanca, Tél.: 05 22 89 09 63, I.C.E.: 00050024600002]</i>	02/06/2020	93,90 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

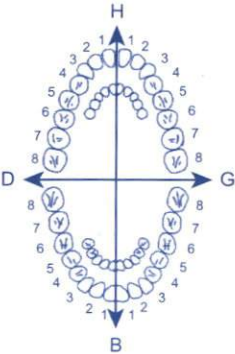
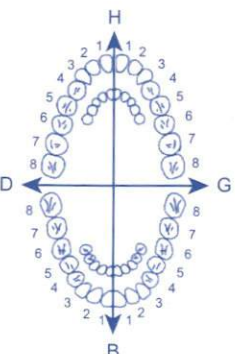
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté  
de Médecine - Casablanca  
Médecine Générale

Nutritionniste

Médecin agréée par le Ministère de la santé  
Visite Médicale pour permis de conduire



الدكتورة إيمان بنوحود

خريجة كلية الطب  
الدار البيضاء  
الطب العام

إختصاصية في الحمية والتغذية  
طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة  
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le : 02/06/2020

MR HAZEL MOHAMED

31,30x3

1) Zygloc 200

sapiz

pot 3mn

2) Dac Forte

sapiz 500

→ sapiz mo

pd une

93.90

PHARMACIE SOULANE  
Groupe K, Rue 15/16 - 22/25  
Hay El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 15 79  
N°4 : 002500246000026

LOT	200291
EXP	02 2024
PPV	31.30

LOT	200289
EXP	02 2024
PPV	31.30

LOT	200291
EXP	02 2024
PPV	31.30

Docteur IMANE BENOUGHOD  
Nutritionniste  
Médicagénéraliste  
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)  
Résidence Arreda - GH 6, N°4  
Casablanca - Tél : 05 22 93 15 79

إقامات الرضا ، GH 6 ، رقم 4 ، العمارة 35 ، ( قرب الحاج فاتح ) الألفة - الدار البيضاء

Tél : 05 22 93 15 79

Résidences Arreda, GH 6, N°4 A 35 (près de haj Fateh) Hay El oulfa, - Casablanca -