

## 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 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Étage 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° W19-512675

ND: 30297

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DABESSI Sidi Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Rue 54, n° 168 Lot EL FATH

Tél. : 0667 123422 Total des frais engagés : 310,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL JABIRI Mina  
Médecin Généraliste  
N° 119 Lot Al Adarissa

Date de consultation : 27/04/2020

Nom et prénom du malade : DABESSI MINAOULA Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite + Rhinite

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /



# 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
27/01/2020	G.		150,00	Docteur EL JABIR N° 119 101 44 Sidi Maarouf - Casa Tel: 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Four	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMMO DALI DR. EL JABIR N° 119 101 44 Sidi Maarouf - Casa Tel: 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37	27/01/2020	160,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H			D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																		
D	25533412 00000000	21433552 00000000																
G	00000000 35533411	00000000 11433553																
B																		
					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 EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ECHOGRAPHIE GENERALE  
ELECTROCARDIOGRAMME

DIPLOME EN NUTRITION



الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

دبلوم في التغذية

Casablanca, le 27/01/2020 في الدار البيضاء،

ORDONNANCE

DADISSI

KHABULA

79,70

1] - AZIX 500mg

1cp/j

31,20

2] - Bronchatriol 30p

100S x 3]j

3] - Cutece 10mg

1cp/j les 3r.

T = 160,90



PHARMACIE AHMED ALI  
Dr. EL JABIRI MINA  
Lot. EL ADARISSA - CASABLANCA  
Tél: 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25  
Fax: 022 97 32 16

Docteur EL JABIRI Mina  
Médecin Généraliste  
N° 119 Lot Al Adarissa  
Sidi Maarouf - Casa  
Tél: 06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

PPV:50DH00

PER:05/22

LOT:11111



PPV 79DH70

PER 07/22

LOT 11242



**BRONCHATHIOL®**

Carbocistéine 5%

PPV 31DH20  
PER 04/22  
LOT 11091

31.2

**ADULTE**

