

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **Informations 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'autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## **Prescription :**

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.

## **Autres :**

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

## **Reéducation :**

L'autorisation 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 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 - Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 22 78 18 - 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° P19-0040171

ND: 34403

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

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

Matricule : 4916 Société : Retraité

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKBOUL Mostafa

Date de naissance : 4/11/59

Adresse : 104, Bd Yacoub EL Mansour

Tél : 0661417304 Total des frais engagés : 1161,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

**Dr EL KARDI Mohamed**  
Médecin Psychiatre  
Clinique villa des lilas  
Bd. De l'Océan - Casablanca  
Tél: +212 522 77 66 66  
Fax : +212 522 25 52 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/2020

Nom et prénom du malade : MAKBOUL Mostafa

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

Nature de la maladie : elw paralytique

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 13/7/2020



# 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
12/06/2020		3	3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HILAL LABOUDI Selwa Rue Al Bachir Lailaj Casablanca Tél: 0922 25 25 00 - CE: 091 51 62 30 00 14	12/06/2020	8111,00

# 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
		AM	PC	IM	IV	

LIMITED

PPV: 160DH00

O.L.L.C.  
Morocco

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

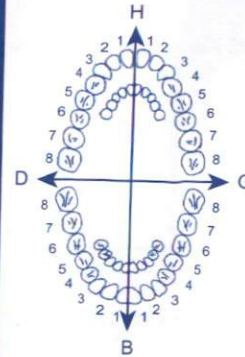
PPV: 160DH00

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

LOT: KE90015  
PER: DEC 2020  
PPV: 91 DH 00

ou de traitement canalaires, air

# 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	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(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

"T CACHE PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1202	13	3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HILAL BOUDI Selwa Bachir Laalaj Casablanca Tél: 0513132000/0114	12/06/2021	811,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin 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	

LIMITED

PPV: 160DH00

LLC  
Morocco

CODE No.: HPIDRUGS/MNB/95/2

PPV: 160DH00

CODE No.: HPIDRUGS/MNB/95/2

IROC

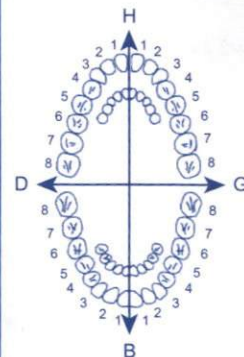
LOT: KE90015  
PER: DEC 2020  
PPV: 91 DH 00

LOT: 006  
PER: FEV 2022  
PPV: 400 DH 00

ou de traitement canalaire, air

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

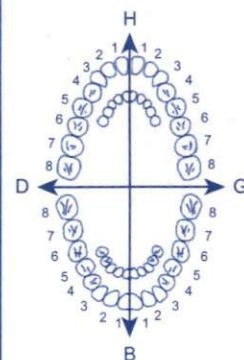


# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEV

T CACHE

PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

12/06/2020

M. Boukhalaf Othman

400

ASILI PH 15



PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77 Rue Al Bachir Melalaj  
Titre Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513 9900014

129 901 18

160

RANO 27 15



129 902 18

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77 Rue Al Bachir Melalaj  
Titre Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513 9900014

9120

8 Cetyl



Dr. EL HADJI Mohamed  
Médecin - Psychiatre  
Bd. de l'Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06  
Fax: 0522 25 96 00

8M

13/07 2020

