

# **COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **générales :**

Le dossier réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le dossier 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,

actions 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
- 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 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- 065997

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 01826 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMINE NAJMA

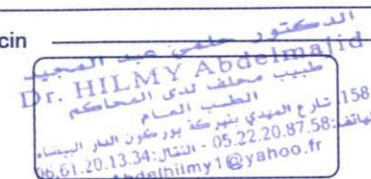
Date de naissance : 28/08/51

Adresse : 130 Bd Zerkouni CASA

Tél. : 0662 366082 Total des frais engagés : Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08/2020

Nom et prénom du malade : AMINE NAJMA 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) :



# 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
04/08/2020			1500H	Dr. H. M. Abdelmajid

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nezha El Aoud	04/08/2020	190,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

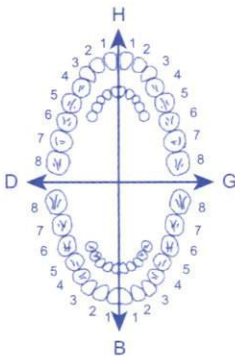
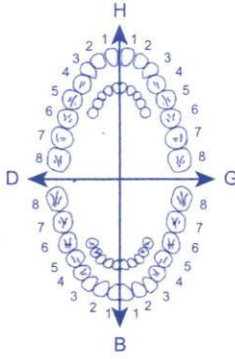
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 HILMY Abdelmajid

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
MEDECINE GENERALE

158, Avenue Mehdi Ben Barka  
(Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58

Gsm : 06 61 20 13 34

abdelhilmy1@yahoo.fr

# الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب خبير محلف لدي المحاكم

الطب العام

158, شارع المهدي بن بركة

(المقبرة سابقا) - بوركون

الهاتف: 05 22 20 87 58

النقال: 06 61 20 13 34

Casablanca, le : 08/18/2020 : الدار البيضاء في

LOT: 70296  
EXP: 10/2021  
PPC: 07.000H

87,00

UT: 7049  
AR: 03/22  
AV: 45.000H

Amoxicillin

Amoxicillin

(100 mg)

45,00

PARANTAL C 1000

PPV: 19DH60  
EXP: 03/2023  
LOT: 02045 2

18,60

Parantal C

38,80

Fluibron®  
Ambroxol

38,80  
LOT: 02045 2  
EXP: 03/2023  
PPV: 19DH60

Fluibron®

Fluibron®

Fluibron®

15

15

15

Dr. HILMY Abdelmajid  
طبيب خبير محلف لدي المحاكم  
الطبيب العام  
الهاتف: 05 22 20 87 58  
النقال: 06 61 20 13 34  
abdelhilmy1@yahoo.fr

180140

Pharmacie NEMAI Aoud  
Docteur HILMY Abdelmajid  
Casablanca  
Tél: 05 22 20 87 58  
Fax: 06 22 26 19 18  
Tél: 06 61 20 13 34

Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h / Samedi : de 09h00 à 12h30

أوقات العمل : من الإثنين إلى الجمعة : من التاسعة صباحاً إلى الرابعة بعد الزوال / السبت : من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة والنصف بعد الزوال