

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Prothèse :

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- 056150

ND: 39093

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société : R

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DR. F. FATHI

Date de naissance : 22/12/1945

Adresse : 502, rue Mohammed VI, Casablanca

Tél. : 06932 11223 Total des frais engagés : 360,80 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) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/7/2020	360,80

# 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	

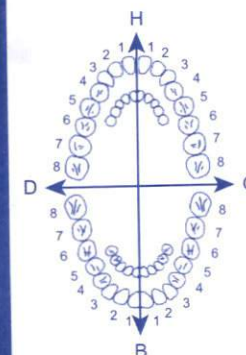
# RELEVÉ DES F

Le praticien est prié de préciser la d

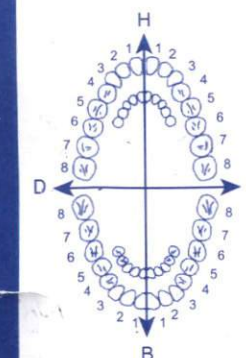
Important :

Veillez joindre les radiographies

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION D MASTICAT

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10 - 22  
P.P.V : 22 DH 40

## Dr. EL FILALI Abdelkader

Expert Assermenté près des Tribunaux  
Diplômé de l'Université de Paris

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
(Estomac - Intestins - Foie)  
Chirurgie Anale - Hémorroïdes  
Fistules - Fissures Anale

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie  
à El jadida  
Endoscopie Digestive

## الدكتور الفيلاي عبد القادر

خبير محلف لدي المحاكم  
خريج جامعة باريس

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء  
والكبد - علاج وجراحة المعى الغليظ  
وأفراض المخرج

رئيس سابق بقسم أمراض الجهاز الهضمي  
بمستشفى محمد الخامس - الجديدة  
فحص بالمنظار

28 JUL. 2020

Mme DRIFI FATIMA

① Mebrozal 500

1 c x 2 /

② Canalfucan 150 (Boite de 7)

22,40  
x 6  
= 134,40

1 gelule 2 fois / semaine

\* ③ Pulver

1 c / le soir

\* ④ Oxymag 300

1 c / le soir

PHARMACIE AL MARKAZ  
Sidi Rahai Lot. LEGENIE  
Tél.: 05.22.96.93.87

(S.V)





5 Stilnox

7

56,60 x 4  $\cdot \frac{1}{2}$  le smi  
au couché

= 226,40



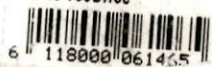
total =  
360,80

PHARMACIE AL MARKAZ  
Sidi Rahal Plage  
Tél: 05.22.50.33.87

LOT : 20E003  
PER.: 12 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



LOT : 20E004  
PER.: 12 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60



STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

LOT : 20E004  
PER.: 12 2023

LOT : 20E005  
PER.: 05 2024  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60

