

## 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 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-525366

39148



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule

2021

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABIR Mohamed

Date de naissance :

07/01/1943

Adresse :

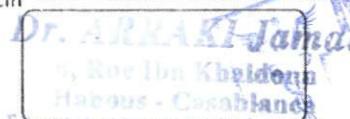
38 Rue Alhad El Bisti Bengha

Tél. :

0663747067 Total des frais engagés : 2346104 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



31 AOUT 2020

S'ABIR Mohamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

D.FAFTE/ condys

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 : / /

LB



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
31 AOUT 2020	C		120 Dr	INP Dr. ARRAKI Jamal 4, Rue Ibn Sina Habous - Casablanca JO

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2020	 2296,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	$\begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline D & 25533412 \\ & 00000000 \\ \hline & 00000000 \\ B & 35533411 \\ & 11433553 \end{array}$				
					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 Jamal Arraki

## Médecine Générale

Ex-médecin Militaire  
 Expert Assermenté près les Tribunaux  
 Certificat Universitaire d'Échographie  
 médecin agréée à la visite  
 médicale d'Aptitude pour  
 permis de conduire

# الدكتور جمال الدرقاوي

## الطب العام

طبيب عسكري سابق  
 خبير محلل لدى المحاكم  
 الفحص بالصدى  
 طبيب مرخص بالفحص  
 الطبي لرخصة القيادة

4, Rue Ibn Khaldoun, Habous- Casablanca  
 Tél. : 0522 44 25 43 - 0650 86 30 11

4، زققة ابن خلدون، الأحباب- الدار البيضاء  
 الهاتف: 0650 86 30 11 - 0522 44 25 43

31 AOUT 2020

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء. في :



→ 981,90

SABIR

real  
S.V.  
702125

$$140,20 \times 4 = 560,80$$

FORTAZAR S.V.

$$98,90 \times 4 = 395,60$$

ATOLOR

S.V.



$$109,20 \times 3 = 327,60$$

GAPREX S.V.



$$60,10 \times 5 = 300,50$$

FERYL DINA \* 500 mg

S.V.

$$140,00 \times 3 = 420,00$$

$$45,20 \times 8 = 361,60$$

Glucotest 50

S.V.

</div

**GAPREX® 25 mg**  
60 Gélules

DT: 201863 EXP:  
PPV: 109DH20

**GAPREX® 25 mg**  
60 Gélules

LOT: 19C005 EXP: 1  
PPV: 109DH20

**GAPREX® 25 mg**  
60 Gélules

201868 EXP: 1  
PPV: 109DH20

**Epyca® 50 mg**  
Pregabaline  
14 gélules  
PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

**Epyca® 50 mg**  
Pregabaline  
14 gélules  
PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

**Epyca® 50 mg**  
Pregabaline  
14 gélules  
PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

**Epyca® 50 mg**  
Pregabaline  
14 gélules  
PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

**Epyca® 50 mg**  
Pregabaline  
14 gélules  
PROMOPHARM S.A.

PPV: 60DH10

**OEDES 20mg**  
56 gélules

LOT: 191564  
PER: 04-2022  
PPV: 140,00DH

**OEDES 20mg**  
56 gélules

LOT: 191564  
PER: 04-2022  
PPV: 140,00DH

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

45,20

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

EXP 01/2025  
PPV 45.20DH

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

45,20

45,20

1  
45,20  
2  
45,20