

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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- 065444  
39 296

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8605 Société : R A T

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUARDI-DRISSI Azeddine

Date de naissance : 13/08/1970

Adresse : REG'1 CHABAB Bloc 16 Imm C N°5

Ain Sebaa

Tél. : 06 11 17 15 12 Total des frais engagés : 150 + 985,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : GUARDI-DRISSI Azeddine Age : 63 Ans.

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

Nature de la maladie : dépression.

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 : Casablanca Le : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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
04-09-2020		C <sub>1</sub>	150,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/2020	965,50

### 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 bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAWRI Mohamed  
 Médecine Générale  
 Echographie  
 Lauréat de la Faculté  
 de Médecin de Casa



الدكتور نوري محمد  
 الطب العام  
 الفحص بالصدى  
 خريج كلية الطب  
 بالدار البيضاء

Casablanca, le 04-09-2020

Nom : .....

M. Ouandi Idhissi Meddine

98,30 x 6

- ATHYPIL 30mg

5335

(AS)

1cp matin et soir  
 par 2 semaines

38,70 x 3

5336

- Laroxyl 25mg = 2 semaines

35,70 x 6

1 cp x 3

- Alprazolam 1cp x 3  
 x 2 semaines

45,40

~~Duphastac~~

Gsm : 06 60 56 47 82

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 31 24  
 144, Bd. Abd. Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

38,70 ←

38,70 ←

6 118001 040384  
de grossesse, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique

6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 70

38,70

LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70  
LOT 201590 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70



Lot: 20E008V  
PER: 08 2022  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V.: 45DH40  
5 118000 010494

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH