

## 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.

**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° W19-457929

ND: 41107 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8488 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ABOUDI WAHIB

Date de naissance : 10-11-1961

Adresse : .....

Tél. : 661588431 Total des cotisations : 51 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Dr. SKINHAIDA  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 74 05 93

Date de consultation : 27/06/2020

Nom et prénom du malade : ABOUDI WAHIB

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

Nature de la maladie : gastro-entérologie

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 : 12 SEP 2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 27/06/2020      |                   |                       | 15004                           | INP 091038273                                                  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

Dr. J. KINI Halida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qodba Nabouls K. 51  
Sidi Bou Abdou Casablanca  
Tél : 05 22 05 93

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Montant de la Facture

370,85

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, 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"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | <table border="1"> <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 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553         |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | [Création, remont, adjonction]                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                          | 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 JKINI Hafida  
Médecine Générale  
Echographie Clinique



الدكتورة اجكيني حفيظة  
الطب العام  
الفحص بالصدى

Dr. JKINI Hafida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

Ordonnance

Casablanca, le 27/06/2020

Dr. JKINI Hafida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

ABOUDI  
WAHIB

ALACOUT Mohammed  
PHARMACIE MY ABDELLAI  
Rue 300, N° 98 - Ain Chock  
Hôpital Med Sahat - Casablanca  
Tél: 05.22.21.73.64

14450

① Mezor 20

1 gélule / 7 (28)

2980

malaise

Dr. JKINI Hafida  
Médecin généraliste  
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93

6350

② Hepanah  
1 cp x 25

③

Ballonys  
1 gélule x 25

12305  
370,85

Reintel  
1445

1 Boles

Dr. JKINI Harida  
Médecin généraliste  
Hay Al Oods, Bd. Nabouls N° 57  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tel.: 05 22 74 05 93

ALAOUI MOHAMED  
PHARMACIE MY ABDEL  
Rue 300, N° 70 - Ain Chock  
Hôpital Med Saadati - Casablanca  
Tel: 05.22.21.71.64

Lot: 200 101  
DA: 03/04/2023  
63.300H

هيانات  
قرص 20  
39,80 DH  
Lot: W0510  
Per: 02-2023  
A consommer de  
préférence avant fin:  
Lot n°  
6 111255 870202

Lot: RGM00219  
Fab: SEP. 2019  
AUG. 2022  
Prix: 123DH25

LOT 191847  
EXP 09/2021  
PPV: 144,50 DH