

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

## 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.

## 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*ANON*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1379

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDNissi LATIFA

Date de naissance :

Adresse : mutuelle

Tél. : 06.13.72.07.02

Total des frais engagés :

845,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2020

Nom et prénom du malade : Zouhour Attayeb

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie ischémique

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 : 05/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*LLM*

#### 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
5/10/1980			CAC 100	 Dr. Maati SABRE Chef de Service Cardiologie Clinique CHASS

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL OUF</b> <b>HALAK Haj Nasr</b> <b>sur en Pharamacie</b> <b>Leb Sabou - El Oufa</b> <b>t : 05 22 90 53 45</b> <b>ASBLANCA</b> <b>114680005</b>	05/10/96/20	84,79,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 5.10.2005

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. MEAUX SABRI  
Chercheur en Cardiologie, JEM  
Pédiatrie et Cardiologie Pédiatrique

Certifie que Mlle, Mme, M : Dany Hassan

Présente

cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de:

.....

Dont ci-joint l'ordonnance: .....

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. MEAUX SABRI  
Chercheur en Cardiologie, JEM  
Pédiatrie et Cardiologie Pédiatrique

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26 49/91-26-86/91-28 83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

# وصفة

## ORDONNANCE

le 5/10/2020

M<sup>2</sup> Zazou Hassan  
Tunisie

cardiologiste  
2733  
Lepramid

Reclup bou  
(cp)

Coronat Sy  
116,90  
119 CPS 507

Tecpril, J  
50,00  
(cp)

Diazepam 300  
29,00  
(cp)

Glucophage 1cpx2  
20,00  
Polyclinique CNSS Ziraoi - Adresse BD Ziraoi Bourgogne - Casablanca

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK, Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55 Av. Oued Sabou - El Oulef  
Tél / Fax : 05 22 30 53 45  
T.C.F : CASABLANCA  
T.C.F : 00151468000000

Mohamed SABRI  
Chef de Service  
Cardiologie  
Polyclinique Ziraoi



50,00

50,00

50,00

89,00

89,00

89,00

20,80

20,80

20,80

20,80

Lot: PD0452A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

Lot: PD0452A  
Per: 04/2022  
PPV: 116DH90

