

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

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053098

Optique  Autres

45369

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MANSOURA

Date de naissance : 30 JUL 1957

Adresse : 22 Rue du 11 Juillet 1956 Sidi Abdellah MARS SULTAN CASABLANCA

Tél. : 0670930205 Total des frais engagés : # 724,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : RACHID Soumaya Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypertension Allevielle

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 : 03/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
03.10.20	Q		GRATUIT	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA GARE 4, Rue du Général de Gaulle 72100 Laval	03/10/20	724,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

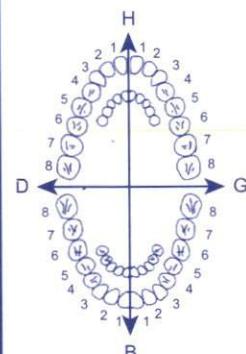
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**valable 3 mois**

Le 03/10/20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : RACHID EP DENNOURI Soumiga

Présente Hypertension Artérielle + diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :  
ASIE

Dont ci-joint ordonnance : Natfloxan 5/1,25 + Dicunidex 60

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Dr. Dr. M. A. DIB  
Délégué à la sécurité sociale  
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc  
Casablanca - Maroc  
Tél. 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15  
Fax 0522-22-78-18*



**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

**Mme. RACHID EP  
SOUUMIYA**

$79,90 \times 2 = 159,80$   
NATRIXAM 5/1.25mg

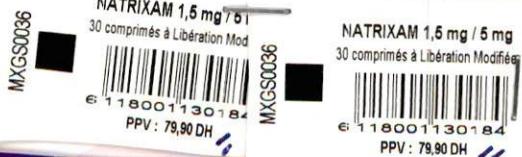
$82,10 \times 4 = 328,40$   
INEXIUM 20mg 1 GE

$78,70 \times 3 = 236,10$   
DIAMICRON 60mg 1CP

REGIME PEU SALE

78,70

724,30  
Prix : 724,30  
4, Rue Moulay Idriss 1er  
Casablanca - 10100228



Docteur Hind EL FILALI

RACHID ,SOUMIA

ID:  
DDN:

..  
Femme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

03/10/2020 12:48:42

FC: 97 BPM  
Int PR: 184 ms  
Durée QRS: 85 ms  
QT/QTc: 347/402 ms  
Axes P-R-T: 52 21 59  
RR Moy: 615 ms  
QTcB: 442 ms  
QTcF: 408 ms

RAPPORT NON CONFIRM  
Revu par:

Signé par:  
Date:  