

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-420819

46312

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9751 Société : .....

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

Nom & Prénom : Quadry Aziz

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 6 61 80 31 78 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2020

Nom et prénom du malade : Quadry Aziz Age : .....

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

Nature de la maladie : Aff. circulatoire Myocardique

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 : ..... / ..... / .....


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
5/9/20	9	-	150,00	INP : 994121847

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/20	806,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

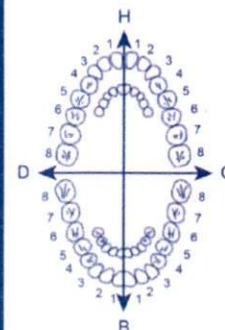
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

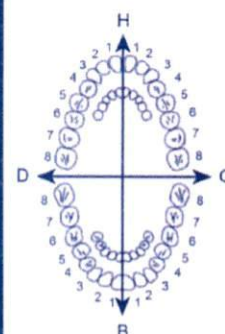
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

# [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Bouchra SBAÏ

medecine générale

Diplômes des études Supérieurs de l'Université

de : Prévention en Gynécologie

Stérilité du Couple

Coloscopie

Échographie

الطبيبة بوشرا السباعي

الطب العام

دبلوم الدراسات العليا للجامعة في :

وقاية أمراض النساء

العقم عند الزوجين

تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

M. Quadry Aziz

32,90 x2 Doxnel

1 gel x 2 j aut rqs.

1 mois

74,00 x2

Shesou

1 gel x 3 j pendant 2 mois

133,60 x2 Diorenor 600

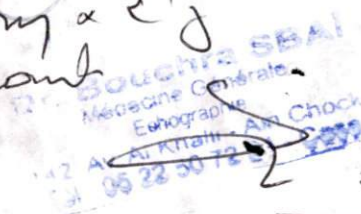
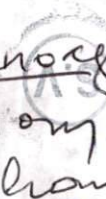
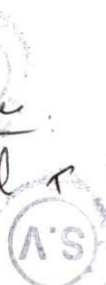
1 gel x 1 j pendant 2 mois

79,00 x2

Da Veinocel

1 on x 2 j de bas vers le haut

5,631,00



TSV

142, شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - ☎ : 05 22 50 72 24

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Ain Chock - CASABLANCA - ☎ : 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070



28,00 x 5

1'S

Glucosyl 1000

1/2 - 0 - 1 fut 3m

30,70

Alpurg 0,5

1'S

1/2 x 21;

15 p.

14/15/17

Dr. BOUCHES SBAL  
Médecine Générale  
Echographie  
142 Av. A. K. 72 24 - 05 22 50 72 24 - 05 22 50 72 24

52 706,70

PHARMACIE HAY KIM  
192, Rue 22  
Hay R. 3  
Ain Check  
Tél: 0522 50 33 50  
LACHHEB N. 10

VE VF62 1122  
LOT PER  
Prix 75.00

VF63 0623 YL  
LOT PER  
prix 75.00

133,60



133,60



Stresam  
CHLORHYDRATE DE FLOXINE 50 mg

Lot : 3281  
Mfg: 01 2020  
EXP.: 01 2023  
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

Lot : 3281  
Mfg: 01 2020  
EXP.: 01 2023  
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

Dogmatil

piride

Voie orale

20 gélules

Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
LOT : 20E004  
PER : 12 2022



Sulpiridae  
Voie orale - 20 gélules



Dogmatil® 50mg

Sulpiride  
Voie orale  
Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
LOT : 20E004  
PER : 12 2022



35,70

Lot : 201644  
EXP : 07 2023  
P.P.V : 35.70

28 comprimés sécables

Alprazolam

Alprazolam 0,5 mg

ألفراز 0,5 ملغ

الم طريق الم

م 1000  
شركة  
المستوفى  
كله  
30 قرص

28,00

الم طريق الم

م 1000  
شركة  
المستوفى  
كله  
30

28,00

الم طريق الم

م 1000  
شركة  
المستوفى  
كله  
30 قرص

28,00



الم طريق الم

م 1000  
شركة  
المستوفى  
كلوريتار  
30 قرص

28,00

الم طريق الم

م 1000  
شركة  
المستوفى  
كلوريتار  
30 قرص

28,00