

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

## 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº P19- 060012

46993

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8005 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GUARDI IDRISI AZEDDINE

Date de naissance : 13/08/1957

Adresse : Résidence CHARGE BLOC 16 Imm C

N° 5 Ain Sebaa

Tél. : 06 11 17 15 12 Total des frais engagés : 120 + 1433,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GUARDI IDRISI AZEDDINE Age : 63 ANS

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DELIRIUM DEPRESSIF

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 : 02/11/2022

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
02.11.2020.			120,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/2020	1433,80

## **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	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The upper arch has points H (top), G (right), and B (bottom). The lower arch also has points H (top), G (right), and B (bottom).

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

The diagram shows a 3D grid with points labeled D, H, and C. Point D is at the bottom left, H is at the top center, and C is at the bottom right. The grid consists of small circles arranged in a 3D pattern.

DATE DU  
DEVIS

Docteur NAWRI Mohamed  
Medecine Générale  
Echographie

Laureat de la Faculté  
de Medecin de Casa



الدكتور ناوي محمد  
الطبيب العام  
الفحص بالصدى  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le

02-11-2020.

Nom : .....

n° OVARASI Idriss  
A Zeddine

PHARMACIE CHABAB CASA

CIN: 00000000000000000000000000000000  
S/N: 00000000000000000000000000000000  
Tél: 05 22 75 39 16

39,30 x 4 Darodex 25 mg 2mls  
- S.V 1 go matin midi  
98,30 x 9 ATHYRIL 30 mg 2cp le Soir 2mls  
- S.V 1 cp x 3 1/2  
36,30 x 7 AL PRAZ 0,5 mg 1 cp x 3 1/2 2mls  
- S.V 1 go 1/2  
99, - Odeles 20 1 go 1/2  
45,40 Dr ph atdcsp 3 caps  
- 4433 80

Gsm : 06 60 56 47 82

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

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70



LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70

LOT 201643 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

35,70



LOT 200811  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 191337  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

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

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

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

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

REF: 12/2022  
LOT 200811  
DUPHALAC 66,5%  
SOL 500ML  
P.P.V:45DH40  
6 118000 010494

LOT 200811  
EXP 06/2023  
PPV.98.30DH

LOT 200311  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200811  
EXP 06/2023

LOT 200811  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH