

# 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.

## Diologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

55446

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0003285

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROU Norelline Date de naissance :

Adresse : IAOU

Tél. : 0661219423 Total des frais engagés : 300 + 18,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2021

Nom et prénom du malade : LAROU Norelline Age :

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

Nature de la maladie : Douleur - Angine

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 : ASA Le : 05/01/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
5/1/2021	C	01	300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

5/1/2021      518,90

## 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

AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

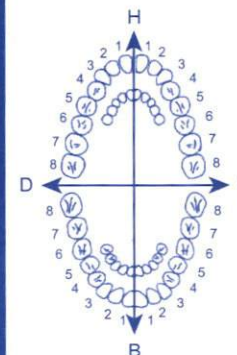
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

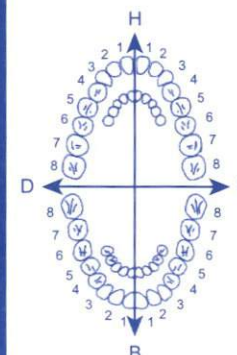
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de LA FACULTÉ de médecine de PARIS

Diplômé UNIVERSITAIRE des HéPATITES VIRALES

ANCIEN ATTACHÉ des HÔPITAUX de PITIÉ-SALPÊTRIÈRE BEAUJON, BICHAT, PARIS

MEMBRE de LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE de GASTRO-ENTÉROLOGIE

FIBROSCOPIE . COLOSCOPIE . PROTOCLOGIE . PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

ECHOGRAPHIE . CPRE + SPHINCTÉROTOMIE

Casablanca le, 05/01/2021

Mme LAROUÏ Najat

PPV 29DH00 EXP 06/2023  
LOT 04064 3

LOT: 200038  
DLUO: 01/2022  
38.00 DH

Zyrdol 500  
1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

Probiotis  
1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

Mebeverine forte  
1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 03 jour)

Inexium 40  
1 comprimé le matin (pendant 04 semaine)

LOT 200961  
EXP 05 2025  
PPV 54.70

LOT 202134  
EXP 09 2025  
PPV 54.70

LOT 182774  
EXP 12 2023  
PPV 54.70

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
118001 020591

DR. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hépatogastro-entérologue  
203, Boulevard Zerketouni  
Tél: 05 22 36 01 80 / 05 22 36 01 74  
Fax: 05 22 36 01 74  
Gsm: 06 23 77 74 11