

# 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prisc en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (R.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-762580

136766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7389 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALI HANID

Date de naissance : 1965

Adresse : WAF A 1 M 2 N° 3 OULFA

Tél. : 066A381200 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2021

Nom et prénom du malade : ALI HANID Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 19/11/2021

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



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/12/92        | 9                 |                       | 15000                           | INP: 0910391616<br>Dr. CHAIK HERT<br>DECHU ET PERT<br>J. OUM RABIA F. OUM<br>Magasin: 22 90 51 65<br>CASA-BLANCA |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmasien ou du Fournisseur                         | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie SAL<br>Quartier Hassan<br>12-CASA<br>BENABDERRAHMANE | 11/12/92 | 275,10                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

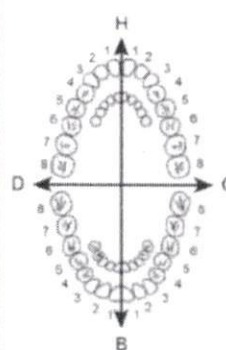
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

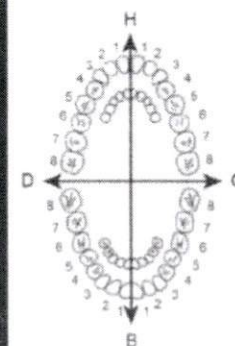
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |   |
|----------|----------|---|
|          | H        |   |
| 25533412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00000000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433353 |   |
|          | B        |   |

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



|  |
|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 34DH70

EXP 04/2025  
LOT 22032 1

ouad

الدكتور شفيق فؤاد

**PECTRYL**  
ECHOGRAPHIE

ES TRIBUNAUX  
Montpellier 1  
IN GYNECOLOGIE

خبير محلف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونبيلي 1  
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

26/10/22

Dr. Hamid

Lot N° :

Exp :

22016

02/25

PPV :

115DH90

Lot N° :

Exp :

21003

01/24

PPV :

87DH90



Pharmacie SALMA  
8790  
145,90  
Bd Oum Eloua...  
May...  
Tél: ...  
BEHABERRAHMANE Salma

36,60  
- Behaberrahmane  
Echographie

34,70  
Pectryl

275,10  
Pharmacie SALMA  
Bd Oum Eloua...  
May...  
Tél: ...  
BEHABERRAHMANE Salma

Pharmacie SALMA  
Bd Oum Eloua...  
May...  
Tél: ...  
BEHABERRAHMANE Salma

Dr. CHAFIK FOUADI  
MEDICIN EXPERT  
Bd. Oued OUM ERRAHIL Rue 69 N° 4  
Oulfa - CASABLANCA  
Tél: 05 22 90 51 65

شارع واد أم الربيع، زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الهاتف: ع. 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء  
Bd. Oued OUM ERRAHIL Rue 69 N° 4 - 1<sup>er</sup> étage Hay Oulfa - Casablanca-Tél: Cab. 05 22 90 51 65