

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-769760

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12550 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : IKHOUKH OUSSAMA  
 Date de naissance : 3 Juin 1989  
 Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Apt 6 2ème S  
 Tél. : 0613276095 Total des frais engagés : 779

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Mohammedia

Le : 10/12/2022

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
10	C		210	IN: 011126490 Dr. Mohamed Elmaghrabi Médecin Généraliste 10/01/2011
12				
22				

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Mohamed SEDIRA

PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourrisson - Enfant  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R  
1er étage App. N° 4 - Mohammedia  
Tél. : C. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة  
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

15 شارع الجيش الملكي  
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية  
العيادة : 05 23 31 06 08  
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

10/12/22

المحمدية، في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

كثيرة جداً

25900

1) S.V

Rotarix

ndes vac

29700

2) S.V

Pentaxim

52900

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE : 09 20 40 880

Dr SEDIRA Mohamed

15 Av des F.A.R 1er Etage  
App. 4 - Mohammedia  
Tél: 05 23 31 06 08 / INPE: 09 12 64 90

Des.  
Toxic  
Anti  
Toxic  
Hem  
Polio  
- tpc  
- tpc  
Polio  
conu  
(1) ad  
(2) UC  
(3) o c  
(4) mē

PC/GTIN : 03664798014136

MANUF. : 27012021

LOT : W0A511H

EXP. : 12-2023

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Pentaxim Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 277,00 DH

6 118001 080632

/MFD/EXP :

AROLD234AB  
04-2021  
03-2024

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Asouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH  
6 118001 142361