

## 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

- Réclamation : 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 : 12650 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Khoukhou Oussama  
 Date de naissance : 3 Juin 1989  
 Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Apt 6 Zmn S  
 Tél : 0613 27 60 95 Total des frais engagés : 779 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Khoukhou Oussama  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 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

H. HAKANI  
26 DEC. 2022  
ACCUEIL



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				
12				
22				

[illegible]

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

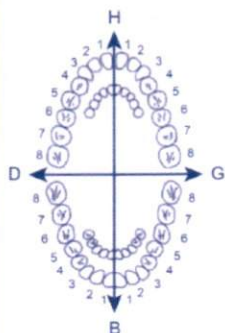
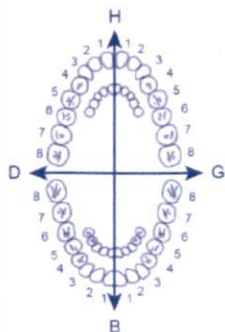
[illegible]

# 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 canalaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 اسديرة  
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

10/12/2022

المحمدية, في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

كروكس 4 سنوات

25900

1) S.V Rotarix  
ndes vac

29700

2) S.V Pentaxim

52900

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZIYOUNES  
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

Dr. SEDIRA Mohamed  
15, Av. des F.A.R. 1er Etage  
App. 4 - Mohammedia  
Tél: 0523310608 / INPE: 091126490

Des  
Tox  
Anti  
Tox  
Her  
Pol  
- tip  
- tip  
- tip  
Pol  
con  
(1) ad  
(2) UC  
(3) o c  
(4) m  
(5) pr

PC/GTIN : 03664798014136

MANUF.: 27012021

LOT: W0A511M

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 Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH  
6 118001 142361