

# 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 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

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'Unité  
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

M22- 0006122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELJARRI Abdeslam  
 Date de naissance : 01.01.1952  
 Adresse : 246 Boulevard ELWAFIA ANWY  
 Tél. : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 271,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19.01.2023

Nom et prénom du malade : skitau maryam Age : .....

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

Nature de la maladie : Sm. diab + B. Cancer

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : Dénoué Le : 30/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
19.1.23	C2	209,00	209,00	
	Asainhi	509,00	509,00	
	Herakli	209,00	209,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUNA 244 lotissement el wafaa Dergue Fix : 05.22.53.20.54 INPE:062095070	19.01.23	21,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

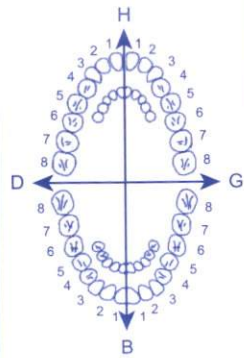
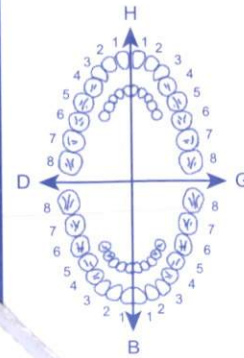
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	[Création, remont, adjonction] 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"/>															

OU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroide



## د. عمر باديس

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
والحنجرة - الأذن - الوجه و العنق  
تشخيص و علاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير و الحساسية  
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 19.7.23

Stiton Naym

Frature

C2 200,00

Aspiratin 50,00

70cils

250,00

Dr Omar BADISS  
Médecin O.R.L.  
INPE : 09 10 44 719

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N 3, 1 r étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologist

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroide



د. عمر باديس  
إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه واسر

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف  
والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير والحساسية  
أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 29/12/2023

Stiton Naryan

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafae  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

21.80

Polysters pntb

4 pntb



x 24 x 10'

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafae  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

Dr Omar BADISS  
M d cin O.R.L.  
INPE : 09 10 44 719

21.80

رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة  
Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N 3, 1er  
T l. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarba

