

## 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W21-632152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.006 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR CHAHMOUNE HASSAN

Date de naissance : 05/07/1961

Adresse : LOT NESTOUNA Rue 24 N°43 HAY HASSANI  
CASA

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ALLIMOUNI AMINA Age: 54

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

Nature de la maladie : H1A + Diabète

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

17 AVR. 2023

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 13/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

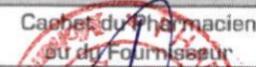
### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
12-4-23	CA	1502H		<p>Dr. GUESSOUS</p> <p>INPE : 0910692</p> <p>ICE : 00164843600</p>

[illegible]

r. GUESSOUS Souâd  
INPE : 091069294  
ICE : 00164843600096  
IF : 5140229

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/2023	2056,00

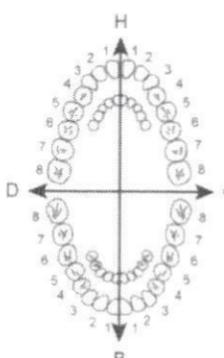
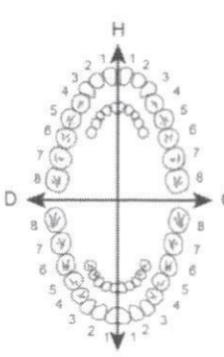
Montant de la Facture

19/04/2023

2056,00

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

Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> </div> </div> <p>B</p>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>	

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Souâd GUESSOUS

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de l'université de Montpellier  
en Echographie Générale

D.U. de Gynécologie Médicale  
de l'Université de Strasbourg

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

19 Bd. Afghanistan - Hay Hassani  
Casablanca

Tél. : 05 22 90 34 75

الدكتورة سعاد غسوس

الطب العام

خريجة جامعة مونتبلي في الفحص  
بالأمواج ما فوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء  
بستراسبورغ

خبيرة محلفة لدى المحكمة

119، شارع أفغانستد  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 34 75

Casablanca le

Allimani Amis

437,00 x 3 Jannet 23  
160,95 x 2 Rph 22  
185,20 x 2 Sulin 22  
52,80 - vds 22  
2056,00



Dr. GUESSOUS Souad  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
GYNECOLOGIE MÉDICALE  
119, Bd. Afghanistan Hay Hassani  
Tél. 05 22 90 34 75

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC  
AMM N° : 268/19/DMP/2  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

LOT 230  
PER OCT 2024  
PPV 160 DH 90

LOT 05  
PER OCT 2024  
PPV 160 DH 90

LOT 211481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

185,20

185,20