

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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**

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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0013081

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3161 Société : RAM A60333

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDELRAHIM

Date de naissance : 14/05/1955

Adresse : CITE Djemaa Rue 131 N° 09 Hamla

05 CASA

Tél. : 0661 7275 16 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Samira GUASMIATE**  
Médecin Généraliste :  
C. U. d'Échographie Générale  
Jamilia 5, Rue 02 N° 3 Rue Djemaa  
CASABLANCA  
022 59.75.70 = 065 35.69.98

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/04/23

Nom et prénom du malade : Dr MOUJTAHID ABDELRAHIM Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DNID + HGA

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 : CASA Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : ABZ

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### RELEVE 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
27/04/23	C1		120 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur SARL AU	Date	Montant de la Facture
JACIE SAKIA CASA SRL AU 261, BD SAKIA EL HAMRA, ELLA 5 CD - CASABLANCA Tél.: 05 22 37 13 15 50484284 - TP : 37300988 RC : 517591 - INPE : 092052562 ICE : 002865488000015	27.04.2023	1368.20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX									
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS									
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION									
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS								
DATE DU DEVIS					DATE DU DEVIS								
DATE DE L'EXECUTION					DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

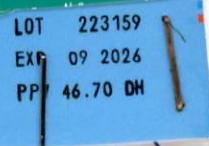
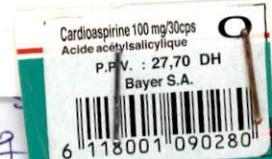
DR. Samira GUASMIATE  
Omnipraticienne  
C.U.Echographie générale  
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 27/04/23

PHARMACIE SBATA CASA SARL AU  
259-261, BD SAKIA EL HAMRA,  
JAMILA 5 CD - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 37 73 15  
IF : 50484284 - TP : 37300985  
RC : 517591 - INPE : 0920525  
ICE : 002805 - 98000015

## ORDONNANCE

Mme noujat Hid Abd el  
2x 164,70 1) Triplixam 10/25/15 4P  
2x 390,00 2) Golox 14P la notin  
2x 78,70 3) Diamicron 14P x 2 | x 2X 78,70  
27,70 4) Cardis Aspirine  
46,70 5) Zylwac 100 mg  
27,00 6) Hemospri ne 14P la si  
1360,20 7) 100+815 strip 100s x 3  
100ml de 200 ml



AMM N° : 271/98DMP/21  
P.P.V. : 27,00 DH

Dr. S  
Mé  
C.U  
Jamila  
G.A  
022 597570

- مدة استعمال -