

# 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'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**

**M22- 0023923**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11679

Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : EL DRISSI Youssef

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N 1154 Air Chock - Cas 2 -

Tél. : 0660250374

Total des frais engagés : 880

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Docteur APPE MY SAÏD  
Rue 42 Hay Mily Abdellah  
Air Chock - Casablanca  
Tél : 0522 52 56 76

Date de consultation : 16/06/23

Nom et prénom du malade : EL DRISSI Souleymane

Age :

Lien de parenté :

☐ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☒ **Enfant**

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca

Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
16/06/23	2		250.00	Docteur AFIF PEDIATRE Rue 42, Hay El Abdou Boite Postale 52 56 76 Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULEVARD DES SLAOUI HAY EL ABDI 54, Boulevard El Qods Tel: 05 22 52 39 39 Casablanca	16/06/23	430.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

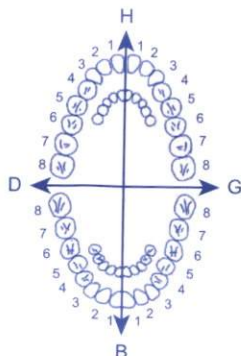
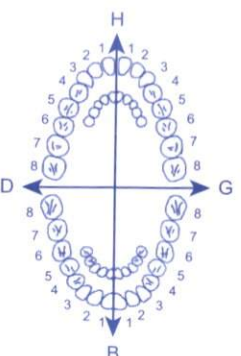
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000 G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 21433552		00000000 00000000		D 00000000 G		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H														
	25533412 21433552														
	00000000 00000000														
	D 00000000 G														
	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"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Moulay Said AFIF  
Pédiatre

Spécialiste des Maladies  
des nourrissons et enfants  
Ancien médecin attaché au CHR  
de Nancy ( France )

Pédiatre



الدكتور مولاي سعيد عفيف

Casablanca, le :

16/06/2023

الدار البيضاء، في :

93,40

El Popsi  
Coul Kinn

93,40

19,00

19,00

19,00

Laboratoire d'enregistrement  
Bouskoura, Maroc  
Autorisation Ministérielle N° :  
DA20201707517DMP/20UCA/MA<sub>v2</sub>

PPC : 89,80 DH

PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N0347

LOT : 3733  
PER : 04 - 26  
P.P.V : 16 DH60