

# 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

## Déclaration de Maladie

M22- 0036195

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENOUAR MAHAMED 69960  
 Date de naissance : 03/10/1969  
 Adresse : 72, Gt MAZOLA, Ruch, Hay Hassani  
 Tél : 0686090200 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/2023

Nom et prénom du malade : AHMED KHALIL

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

Nature de la maladie : oculaire / paralysie d'origine vasculaire

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 : 22/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
23/01/2023		62	199,0004	DR. BAHU ANASS

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE CINEMA ANFA  
Dr BENTAYEB Naoual  
141 bis, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay El Hana, Casablanca  
Tél: 0522 36 87 62

PHARMACIE CINEMA ANFA  
Dr BENTAYEB Naoual  
141 bis, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay El Hana, Casablanca  
Tél: 0522 36 87 62

# 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

AM

PC

IM

IV

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.

Important :

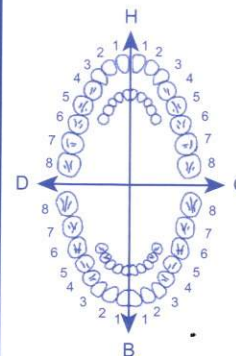
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

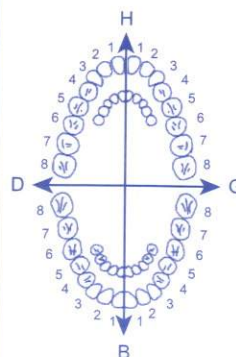
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

112m  
88kg

le 23/07/2023

Ben Omar Ahmed Khalil

14.40

1 - Doliprane 500

PPV: 15DH30  
PER: 02/26  
LOT: M700

16270

2 - Sochov pastil 19

LOT 221437  
EXP 05 24  
PPV 163.70 DH

Poudre p  
Adult

22.00

3 - Niflural syn 600

PPV 22DH00  
EXP 08/2025  
LOT 26076 1

20.70

PHARMACIE CINEMA ANFA  
Dr BENTAYEB Naoual  
141 bis, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay El Hana, Casablanca  
Tél: 0522 36 87 62



POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 785198		N° SEJOUR : 230022937		<b>FACTURE N° 2305008042</b>		DATE D'ENTREE : 23/07/2023		DATE DE SORTIE : 23/07/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : BENOUAR, Ahmed Khalil				UF: 5002 URGENCES		BENOUAR, Ahmed Khalil					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :					
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470111 DR BAHIJ ANASS		TOTAUX :		190.00						190.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
CENT QUATRE-VINGT DIX DHS				REMISE :		0.00	REGLE :		190.00	AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 23/07/2023		EDITEE LE : 23/07/2023		PAR: ELKERB		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT					
				BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49					

