

# 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

- Reclamation : 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- 0048034

187204

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUA Abderrahim  
 Date de naissance : 01-5-1953  
 Adresse : Lot Wafa H98 DEROUA  
 Province BERCHID  
 Tél. : 0662652833 Total des frais engagés : 473,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : OUA Abderrahim Age : 71 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :

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 : 18/12/2023  
 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15-12-23	473,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

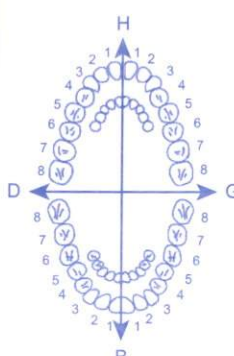
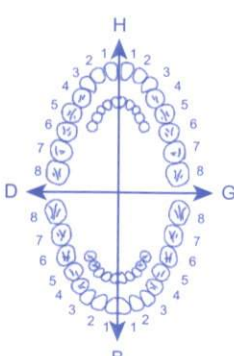
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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"/>							
								COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				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						
			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
					D <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
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
														
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								
							D							
			B											
				G										
					H									
						D								
							B							
			G											
				H										
					D									
						B								
							G							
			H											
				D										
					B									
						G								
							H							
			D											
				B										
					G									
						H								

M. R. OUAD Abdelrahim  
N° 5314

Le 15

PHARMACIE EL OUMOUA  
Dépôt de médicaments  
Fixe 0222 53.20.54

Facture N° 28

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	ce A nginib	114,30	228,60
2	stictic	91,00	182,00
2	zyboric	32,60	65,20
473,80			

LOT 231387  
EXP 04 2027  
PPV 31.30

LOT 231944  
EXP 05 2027  
31.30

LOT: 347  
PER: MAR 2025  
PPV: 114 DH 30

LOT: 355  
PER: MAR 2025  
PPV: 114 DH 30

