

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0031337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8714 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHADIRI WAHID 192439  
 Date de naissance : 05/05/68  
 Adresse : Lot Kaltaoum, Rue 3, N° 49, Cal. Jamine  
 Tél : 0662 77 91 75 Total des frais engagés : 300 + 104 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AIT M'HAMED Laila  
PEDIATRE  
249 Bd Yacoub Mansour, Residence  
Mansour, 2 étage, N°3, Hay Hassan  
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

Date de consultation : 26 / 01 / 2024  
 Nom et prénom du malade : Khadiri Ahmed Othali Age : 04 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Maladie Pédiatrique  
 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 : 26/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
4.16.1 011 2024	CS		300,00 DH	 Dr AIT M'HAMED Laila PEDIATRE Résidence 49, Bd ya... Mansour... 0522 39 39 04 / 0666 11 79 79 INPE 091214551

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Alak Nassim Benloulou - Casablanca Boulevard Mohammed VI Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05 22 62 88 70 Email: alaknassim@gmail.com		104,10 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

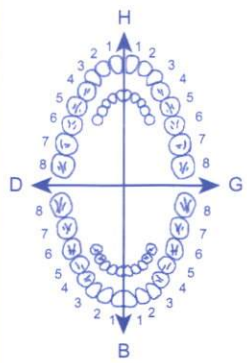
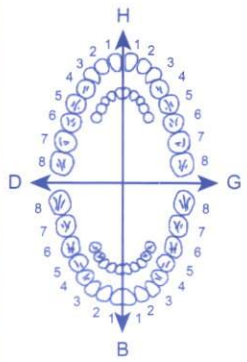
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

الدكتورة آيت محمد ليلي  
إختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila  
Pédiatre  
Maladies du nouveau-né,  
du nourrisson et de l'enfant

  
**Cabinet**  
**Pédiatrique**

PPV: 80DH00  
PER: 05/26  
LOT: M1559

Le 26/01/2024

0.4 ans - 2 kg

Khadija Ahmed Ghali

80,00) Agix 200mg solution  
dose 2 kg 1 jour




LOT: 231431  
PER: 09-2026  
PPV: 11.30DH

(à heure fixe)

x 8 jours

12,80  
PPV: 12DH80  
PER: 11/25  
LOT: M3864

11,25  
3)

  
Dr Ait M'hamed Laila  
Pédiatre  
249, Bd. Yacoub Mansour, 2<sup>ème</sup> étage, Apt 3, Casablanca  
T. 05 22 39 39 04 | Urgences: 06 66 11 79 79 | Email: draitmhamed@gmail.com

Suppo  
1 suppo



x 2 jours

11,25  
3)

Doliprane 300 sachets  
1 sachet 106H



x 2 jours

  
Dr AIT M'HAMED Laila  
PEDIATRE  
249, Bd Yacoub Mansour, 2<sup>ème</sup> étage, Apt 3, Hay Hassani  
Mansour, 2 étage, Apt 3, Hay Hassani  
05 22 39 39 04 / 06 66 11 79 79

5104 38,1 r

34,31  
Total: 104,10

249, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence El Mansour, 2<sup>ème</sup> Etage, Apt3, Casablanca  
T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com