

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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'H. 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

M23-013240

196632

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : NAJEM JAID  
 Date de naissance : 16-05-1957  
 Adresse : Hay TISSIR II Rue NAZIK AL MALAKA 1413 BERRCHIS  
 Tél : 061536466 Total des frais engagés : 7200 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23-07-2024  
 Nom et prénom du malade : NAJEM JAID Age : 67 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : De l'em Respiratoire sur BPCO Sévère  
 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 : 23-07-2024 Le : 25-07-2024  
 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
23/11/20	CH	Reçoit -	
		Clinique Panorama Sidi Marouf	
		Tel : 05 22 58 96 96	
		Fax : 05 22 33 51 90	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>VIA SERVICES</b> Tel 05 22 32 47 24 viaservices@gmail.com	25-01-24	7200 dh ICE: 002180750000043

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

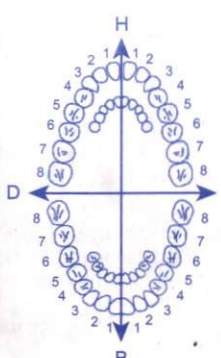
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

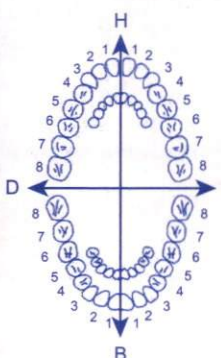
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

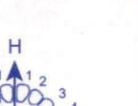
  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

	<b>H</b> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
<b>B</b>	<b>G</b>	<b>Montants DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>								

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf  
مصحة بانوراما سيدي معروف

Casablanca, le... 23/01/14

NAJOM SMD

7200 dh

VIA SERVICES  
Tel : 05 22 32 42 24  
viaservices@gmail.com

d'urgence =

orl/min

**Dr. HAFIANE Reda**

Réanimateur-Anesthésiste

Clinique Panorama Sidi Maarouf

Tél : 05 22 58 96 96

Fax : 05 22 33 51 90



# SARL AU

Mr NAJEM SAID

## FACTURE

REF: 002180756000023

# VIA SERVICES SARL AU

## CLIENT COMPTOIR

**Mr NAJEM SAID**

DEVIS

BERRECHID

Devis n°		Date	Mode paiement		Réf. client		
202400031		25/01/2024					
Code article	Désignation	Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC	
14254	CONCENTRATEUR D'OXYGENE DEBIT 5 LITRE / MINUTE	1	7 200.00	0.00	20	7 200.00	
<div>VIA SERVICES Tel : 05 22 32 47 24 viaservices@gmail.com</div>							
Total HT		Total TVA		Total TTC		Net à payer	
6 000.00		1 200.00		7 200.00		7 200.00	