

## 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'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

N° W19-425529

N° D  
14145

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2AAA Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : LARREQ Ahmed

Date de naissance : 13.11.1951

Adresse : 500 HAJ TATTA C754-Blanca

Tél : 06 68 73 66 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

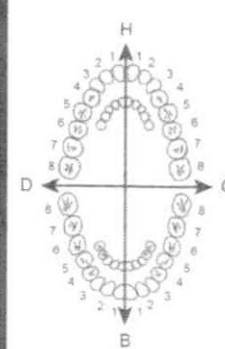
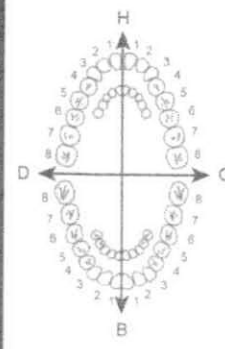


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |             |                          |
|--|-------------|--------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date        | Montant de la Facture    |
|  | 28 Nov 2019 | 58,00 out<br>28 Nov 2019 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 :<br>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                                       | INP : <input type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|    |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table> |                  | H   |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|   | H  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | 25533412   | 21433552         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | D  | G                |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | 35533411   | 11433553         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | B  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | {Création, remont, adjonction}<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |



Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار  
طبيب داخلي سابقا  
بمستشفيات باريس

Casablanca le : .....

27/11/19 : الدار البيضاء في : .....

INDO 50 mg



58,10



INDO 50 mg  
à partir de 5 ans  
le soir après repas

TOM  
58,10

28 Nove 2019

à partir de 5 ans

Pr. Med. HAMDANI  
OPHTALMOLOGISTE  
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 27 67 51 / 46 - Fax: 0522 26 66 77

Pr. Med. HAMDANI  
OPHTALMOLOGISTE  
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 27 67 51 / 46 - Fax: 0522 26 66 77

24. زنقة الإمام علوسي الطوبى الثالثة (إمام مصحة بدر) بورغون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr