

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-539918

34118



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12523

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJJAMI MOSTAFA

Date de naissance :

03/07/1984

Adresse :

B.C 34 N°1 H.M Casablanca

Tél. : 06 60 80 87 09

Total des frais engagés : 3 000

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/06/2020

Nom et prénom du malade :

EL Djabber REYATI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie zithalor

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.

20 JUL 2020

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 : Khoukha

Le : 03/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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 : 0600049118
12/06/2020	66			
12/06/2020	66			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OUASSILA Slimane Opticien - Optométriste N° 10-21 Nout Bloc B Tel: 0645572575 / Khouribga	18/6/2020	3000,-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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	INP :
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>				
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
D	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**ROYAUME DU MAROC**  
**MINISTÈRE DE LA SANTE**  
**DELEGATION DE KHOURIBGA**  
**CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL**  
**KHOURIBGA**

الملف  
رقة الصناعة  
نحوه خوريكا  
باز الاستئصال العقدي خوريكا

## Ordonnance

0310612

**Nom et Prénom** EL Djabber

REPL ANE

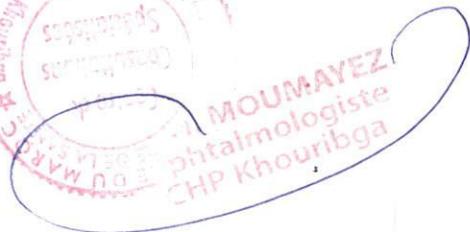
Lunettes pour VL.

OD : + 0,75 (-0,50 ± 10°)

10/10

10/10

OG : + 0,50 (-0,50 ± 15°)



# Slim Optique

Opticienne - optométriste

Lentilles de contact

2, Bloc 10 Rue 21 Aout

Khouribga

Tel : 06 45 57 25 75

OUASSILA Slim Optique  
Opticienne - Optométriste  
N° 10-21 Aout - 2575 / Khouribga  
Facture N° 001677

Ordonnance de M. Le Docteur : MOUAYAZ Date : 10/6/2020

N° de nomenclature :

Correspondants à la prescription

O.D +0,75 (-0,50 à 10°)	O.D .....
Loin	Prés
O.G +0,50 (-2,50 à 155°)	O.G .....

Fournitures :

Montures : Pince à queue

Verres : Optique 1,6 A.R

TOTAL :

1 unité	
2 unité	
3 unité	DHS TTC

La présente Facture arrêtée à la somme de : Trois Mille DHS

Mr ou Mme : El ABBER DIAANE