

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-519412

ND: 42434

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12865	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SKIREDJ HABIB			
Date de naissance :	07/11/89		
Adresse :	6 Rue Flanice Ravel Belvédère		
Tél. :	692299649	Total des frais engagés :	231,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Dr. ELIDRISSI-RAJA Lalla Immeuble 702 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Guermat, Essalam - AGADIR Tél : 05 22 20 45 45		
Date de consultation :	29/10/2022	Age :	6 mois
Nom et prénom du malade :	SKIREDJ ILYANA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rhinitis allergique		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	10/11/2020		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/10/2022

W.M

### 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
29.06.20	Cx.	200 D.H		INP : 0001184086

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARIVIALE ADAM Dr. Ahal AIHI N°701, Avenue Makka Tilita Agadir Tel: 0528-28 80 80	28/07/2020	31,90

042070862

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

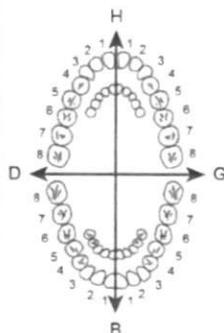
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

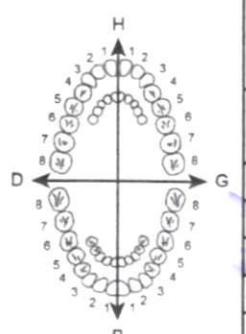
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Spécialiste en Pédiatrie et en Néonatalogie  
Ex. Pédiatre Au CHU de MARRAKECH

Réanimation néonatale - Diabète-Obésité - Nutrition  
Asthme-Allergie - DU de vaccinologie - Echographie-ECG

اختصاصية في طب الأطفال والمواليد  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بمراكنش

إنعاش المواليد - مرض السكري - السمنة  
الحمبة القذائية - الربو، الحساسية  
التلقيح - الفحص بالصدى

## ORDONNANCE

Agadir, le: 29/06/2020

**SKIREDJ ILYANA**

31,90

**PRIMALAN, SIROP**

1/2 cuillère à café le matin et 1 cuillère à café le soir avant le repas  
pendant 10 jours



PRIMALAN  
SIROP FL. 120 ML  
P.P.V : 31DH90  
LOT : 01/2022  
EXP : 08/2022  
6 118000 011347

**PHARMACIE ADAM**

**Dr. Amal AIFI**

N°2 Avenue Makka Tiliila

Agadir

Tél: 0528 28 80 80

**Dr. EL IDRISI RAJA Laïla**  
Pédiatre  
Imm. 762 Angle Avenue Mohamed El Fassi et Rue Guercif,  
et Rue Guercif, 762, Agadir El Fassi  
Tél. : 05 28 29 22 85

📍 Imm. 762 Angle Avenue Mohamed El Fassi et Rue Guercif, Au-dessus de Maroc Telecom  
Quartier Essalam, Agadir

📞 05 28 29 22 85 ☎ 05 28 29 22 75 Urgence : 06 61 97 02 05

✉️ drelidrissi@outlook.fr 🌐 www.pediatre-agadir.ma

## Note d'Honoraires

Agadir, le : 29.06.2023

**Nom / Prénom du patient :** SKIRED J ILYANA

- Consultation : ..... 20 Dh

- Nébulisation : ..... Dh

- Kinésithérapie respiratoire : ..... Dh

- Vaccination : ..... Dh

- ECG : ..... Dh

- Echographie : ..... Dh

① Imm. 762 Angle Avenue Mohamed El Fassi et Rue Guercif, Au-dessus de Maroc Telecom  
Quartier Essalam, Agadir

② 05 28 29 22 85      ③ 05 28 29 22 75      Urgence : 06 61 97 02 05  
drelidrissi@outlook.fr      www.pediatre-agadir.ma