

## 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° W19-415292

ND = 18032

CP

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12289 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEKKARI Med Karim  
 Date de naissance : 18 Nov 81  
 Adresse : 86 Rue Jhel Azek F-7 CIL S...  
 Tél. : 0661630388 Total des frais engagés : 557,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : BEKKARI LINA 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 : 20 10 2020  
 Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-370390	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-370390

DATE DE DEPOT

/201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 12289
Nom & Prénom BEKKARI Med Karim		
Fonction CDIS	Phones 0661630380	
Mail KBEKKARI@RAM		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient BEKKARI LINA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 07 JAN 2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite
INFECTION SE Dr. Ghali		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		3090004
<b>PHARMACIE</b>	Date 07/01/20	
Montant de la facture	257,50	
PHARMACIE OULMES LARAKI HAKIMA ANGLE BD GHANDI ET EL MANSOUR 360806		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC IM IV	

PHARMACIE OULMES  
LAKI HAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 380806

الدكتور الغالي مشيش العلمي  
Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI  
Pédiatre  
Diplômé de la faculté de médecine de Paris

PHARMACIE OULMES  
LAKI HAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 380806

Casablanca le : 07 JAN. 2020

دواء Berivan:

PPV: 17DH50  
LOT: 06/12  
PER: 11480

PPV: 70,60 DH  
LOT: 621962  
PER: 03/2021

21,80 / Polysac fr micular

45

200g

PPV: 18,60  
LOT: 09/21  
PER: 11480

58,40 / Epitumol 200g

45

100g e water 100g

70,60 x2

3. Aigfuntur ny 100g

PPV: 80DH00  
PER: 11/22  
LOT: 12706


ny. 15g x 3

18,60

Y Bercho Kuo 100g

45

100g

17.50 1 Whipstige   
my. 15 x 4' 2 1/2 1/2

257.50 1/ Petrid Gomer  
Onuliv. 10m  
1 fomer x 2 }

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI  
Pédiatre  
281, Bd. B. 2000 Meudani  
Casablanca  
Tél: 0522 23484 / 0522 232017

PHARMACIE DULMES  
LAKKI MAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
VEL MANSOUR 360806