

## 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

- 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.

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° W19-512411

18508

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9113 Société : ROYAL AIR MAROC

Matricule : 9113

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIAHAF-YOUSSEF

Date de naissance : le 22 octobre 1966

Adresse : N°32, BOULEVARD EL ANASSER, JAMILA II

Tél. : 0610-03-20-40 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : BOULEVARD ZOU BIDA

Nom et prénom du malade : BOULEVARD ZOU BIDA 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ACQUEIL SIEGE RAM

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez 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

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412    21433552 D 00000000    00000000 00000000    00000000 35533411    11433553 G	Montant des soins
	(Création Remont, adjonction) Fonctionnel, esthétique, nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W19-404543	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

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

W19-404543

DATE DE DEPOT

22/01/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	9113
Nom & Prénom		ELZAHAF Youssef	
Fonction	RAI D'Action Sociale	Phones	22-82
Mail		youssef.elzahaf@royalairmaroc.com	

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	BOUZIANE ZOUBIDA	
Achérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 28/11/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Pneumonie			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	1	1500DH

<b>PHARMACIE</b>	Date	28-11-19
Montant de la facture	568,40	

<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



**Dr. Amina ARROUBI**

**OMNIPRATICIENNE**

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata  
Diplôme Universitaire  
Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)  
Diabétologie - Echographie  
Spécialiste en Médecine du Sport



**الدكتورة أمينة عروبي**  
**الطب العام**

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة  
حاصلة على دبلومات جامعية  
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)  
مرض السكري - الفحص بالصدى  
أخصائية في الطب الرياضي

Casablanca Le 28-11-19

الدار البيضاء في

17 BOU ZRANK ZOU BIDA

57.00 x 6

1) Lutenyl 5mg CP SEC B10

57.00

57.00

57.00

2) Dyelion 5mg CP SEC B10

57.00

3) Zenmag 5mg CP SEC B10

84.70 x 3) 568.40

maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH  
maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH  
maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH  
maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH  
maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH  
maphar  
km 10, route côtière 111  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebba  
Casablanca - Maroc  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
P.P.V: 57.00 DH

PHARMACIE SKIBA S.A.R.L.  
98 Avenue Oued Dahab, Jamila V  
22 27 32 33 Casablanca

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكية

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email: dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba