

## 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

- 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  
Casablanca 20008 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-514947

ND = 20710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : YAKOUTY Abdelmeziel

Date de naissance : 09-03-67

Adresse :

Tél. : 06 11899083

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed DAHOUNE**  
Omnipraticien - échographiste  
Médecin Expert Assermenté  
Prés les Tribunaux  
113 Rue Moussadoun Noussair  
Berrachid - Tél : 0522 32 72 33  
BOITE 06 0011541

Date de consultation : 10.2.2020

Nom et prénom du malade : YAKOUTY Abdelmeziel

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Respiratoire

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
10/02/2020	C	120	610

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
AMMIL Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	10/02/2020	436,60

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
		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.

					DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



Dr. Mohamed DAHOUNE

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Expert

Assermenté près les Tribunaux



الدكتور محمد دحون  
الطب العام

نية  
تم

PPV : 148DH30  
PER : 01/21  
LOT : I1070-3

Berrechid, le: 10.2.2020

Gakmty (Bouly) -

PPV: 116DH00  
PER: 04-22  
LOT: I 1016

Zamax 4g

148,30

Ezius 1 cp. lin

49,00

Prealun 20 2cp x

LOT N°: 42,00

GT. AV:

PPV:

28,50 x 3

Corbactive - 3cp

97,60

noce

97,60

496,40

Dr. Mohamed DAHOUNE  
Médecin Expert Assermenté  
Près les Tribunaux  
113, Rue Moussa Ibn Noussair  
Berrechid-Tél.: 0522 32 72 33  
INPE 061011581

KAMILI Bouchaib  
Pharmacie Ouled Hriz  
124, Bd. Mohamed V, Berrechid  
Tél: 0522 33 73 51  
INPE: 061011581

28,50

28,50

رقعة موسى بن نصير - برشيد - الهاتف : 05 22 32 72 33

113, Rue Moussa Ibn Noussair (Prés de Crédit Agricole Bd, Med V) - Berrechid - Tél: 05 22 32 72 33