

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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

Nº W19-429050

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                         | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                                      |                                       |                                  |                                 |
| Matricule :   | 11449                                 | Société :                        | R.A.M                           |
| <input type="checkbox"/> Actif                                      | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | MATHREZ IKBAL                   |
| Nom & Prénom :  |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance :   |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :   |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06.33.91.58.64 Total des frais engagés : 212 + 150 = 362 Dhs |                                       |                                  |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  | Dr. ESSOUBI Abderrahim   |
| Cachet du médecin :   | Omnipraticien  |
|   | 128, Bd Mohamed V Berrechid  |
|   | Tél: 05 22 33 75 70  |
|   | 06 50 43 58 34   |
| Date de consultation :  | 24 OCT. 2020   |
| Nom et prénom du malade :   | HADDOUDOUH Bouchra   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | DR. Reggadine  |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT   | Nº W19-429050 |
| Déclaration de maladie   |               |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |               |
| Matricule :  | 11449         |
| Nom de l'adhérente(e) :  | MATHREZ       |
| Total des frais engagés :  | 362           |
| Date de dépôt :  |               |

| 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  |     |                                 |
| 24/07/2020  | C                 | 1                           | 150,00                          | <b>INPE: 061 062 402</b><br>Dr. ESSOUBI Abderrahim<br>128 YBH Omnipraticien<br>Tel: 05 22 33 75 70<br>06 50 43 58 34<br>Mohamed V Berrechid |     |                                 |
| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                   |                             |                                 |   |     |                                 |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date              | Montant de la Facture       |                                 |   |     |                                 |
| KAMILI Bouchaib<br>Pharmacie Ouled Hri<br>3, Bd. Mohamed V, Berrechid<br>Tél: 0522 33 73 51<br>INPE: 062047295        | 24/10/20          | 21 A.R., M.J.               |                                 |   |     |                                 |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES  |                   |                             |                                 |   |     |                                 |
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date              | Désignation des Cœfficients | 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. |                   |                             |                                 |   |     |                                 |

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins  | Coefficient          | INP : <input type="text"/> |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|--|----------------|---|----------------------|----------------------------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|--|----------------------|
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX                                 |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| MONTANTS DES SOINS                                     |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| DEBUT D'EXECUTION                                      |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| FIN D'EXECUTION  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES                              |                | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | H                    | 25533412                   | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |  | <input type="text"/> |
|  | H              | 25533412  | 21433552             |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  | D              | 00000000  | 00000000             |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  | B              | 35533411  | 11433553             |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  | G              |   |                      |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   | <input type="text"/> |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   | <input type="text"/> |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   | <input type="text"/> |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
|  |                |   | <input type="text"/> |                            |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| (Création, remont, adjonction)                         |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| MONTANTS DES SOINS                                     |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| DATE DU DEVIS  |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |
| DATE DE L'EXECUTION                                    |                |   |                      | <input type="text"/>       |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abderrahim ESSOUBI**

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام

الفحص بالصدى

Nom : HADDOUCHE  
Pds : 88 BOUSSAR

Berrechid, le

24 OCT. 2020

LOT 20001  
SER 05/23  
PPV 54 DH 40  
54,40



KAMILI Bouchaib  
Pharmacie Ouled Hriz  
124, Bd. Mohamed V - Berrechid  
Tél: 052-295 73 51  
INPE

78,00  
780H20  
05/22  
J1834-3



Contenu net: 150 ml

Lot:  
A consommer  
de préférence avant le:  
PPC: 79,50 DH

200203  
02-2023

81,10

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70  
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 24