

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **ns 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **ptique :**

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



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

## **Déclaration de Maladie**

N° M20- 0009890

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10218 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelillah  
Date de naissance : 01-04-1957  
Adresse : Drissia 38D Mohamed VI N°835 Casablanca  
Tél. : 0663 067929 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/02/2021  
Nom et prénom du malade : EL HAIL ehaymae Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Dermatose  
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 : 16/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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
16/02/21	G		250	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/21	1197

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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 Ahlam ASRIRI**  
Spécialiste en Dermatologie  
Vénérologie

**Cosmétologie :**

Comblement, bôtox, méso lift, peeling

Laser

Chirurgie Dermatologique

Cicatrices et tâches pigmentaires

Dermatologie pédiatrique

**الدكتورة أحلام أسريري**

طبيبة اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر

طب التجميل

إزالة الشعر، النذوب و الأوشام بالليزر

إزالة البقع السوداء

أمراض الجلد و حساسية الأطفال

الأمراض التناسلية

Le : 06/02/2025

El Hout Chay wae

1/ Lophixten gel

1 gelly soie

2/ Clonidone Crème

1 app x 2 j x 10 j  
1 app / j x 10 j  
1 app / 2 j x 10 j

3/ Sebopelone Crème

1 app - soie Corps

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



LOT: 145200003  
PER: 05/2025  
PPV: 99,70 DH

20,00

Docteur Ahlam ASRIRI  
Dermatologue - Cosmétologue  
179, Bd Reda Gdira (ex Nil)  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 56 20 13 - GSM : 06 62 15 92 16

179, Bd Reda Gdira (ex Nil)  
2ème Etage - Casablanca

E-mail : drasririahlam@yahoo.fr

Tél : 05 22 56 20 13 - GSM : 06 62 15 92 16

179, شارع رضى الكديرة ( النيل سابقا )  
فوق صيدلية أدبية - البيضاء

Ni sage

1/ Hy. dermatologique. légère

- opp / j matin

2/ ACNESyl R. l. sth. l.

- opp / j soir

Docteur AHAM ASPRI  
Dermatologue-Cosmétologue  
139 Bd R. de Caira  
13008 Marseille  
Tél: 0622 56 20 13-0622 15 92 16