

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 10 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-586149

60487

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7649 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : BOULBLAH RACHID

Date de naissance :

Adresse : 107.43 APT 4 Coqfa 4 oulfa casa

Tél. : 06 6878 32 99 Total des frais engagés : 250,00 + 87,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Khalil MSATIR PÉDIATRE  
Bd. Ibn Tachfine Rés Assalam  
IMB G 104 N° 3 (RDC) - Casablanca  
Tel : 05 22 60 37 15

Date de consultation : 23/01/2021

Nom et prénom du malade : BOULBLAH Rachid Age :

Lien de parenté : MUPRAS ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 1.8.FEV.2021

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.

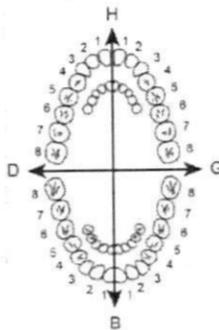
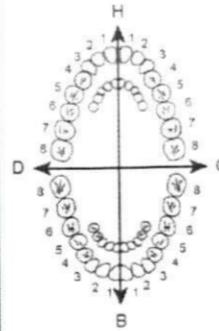
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 15/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/11/2021	G	2	25800	INP : 09 149 1128 

[illegible][illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> 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	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]											
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]		Coefficient des Travaux [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]		Montants des Soins [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]		Début d'exécution [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]		Fin d'exécution [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	-	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient des Travaux [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	-	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
					Montants des Soins [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
					Date du devis [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
					Date de l'exécution [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

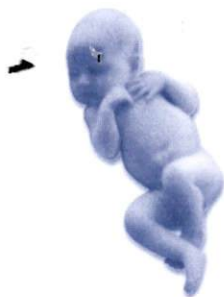
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khalil MSAYIF**

**PEDIATRE**

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences  
Réanimation Néonatale  
Diplômé de la faculté de St Etienne  
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France



**الدكتور خليل مصيف**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات  
خريج كلية الطب بسانتيتيان  
طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

Nom & Prénom : .....

Bou IBRAHIM Adnan

Casablanca, le :

23/01/2021

Poids : .....

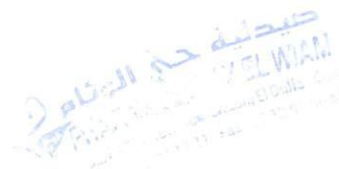
Age : .....

87.30

DERMOFix



app le bri 22 1m3



**Cabinet de Pédiatrie**

**Bd. Ibn Tachfine, Résidence ASSALAM - IMB G 104 N° : 3 (RDC) - CASABLANCA**

**Tél. : 05 22.60.37.15**

**Urgences : 06 61.26.14.25**