

## 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

- 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 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° W21-606972

631537

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03478

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AMHARUCH Soumia

Date de naissance : 01/04/1952

Adresse : La même

Tél. : 0522390643

Total des frais engagés : 135,90 + 445,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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 : 26/03/2021

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
				INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/21	135,50
	27/02/21	46,50

[illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>												
<p> Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p>												
<p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<b>H</b> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <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> </table> <b>D</b> ————— <b>G</b> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <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>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

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[illegible]

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mabodie choumpu

Facture N°: 455 462

Ref N°: 27/02/21/ 42

Client:

Client Comptoir

\*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
VENTOLINE AER	AE	3	45,30	135,90



Total à Payer: 135,90

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### CENT TRENTE CINQ DIRHAMS QUATRE VINGT DIX CENTIMES###

Le : 27-février-2021



PHARMACIE OULMES  
LAKKI HAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 360806

Mablie chourpne

Facture N°: 455 484

Ref N°: 27/02/21/ 64

Client: Client Comptoir \*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
BRONCOTEC12MG/60GEL	AE	1	197,90	197,90
SERETIDE 250MICG x 60	AE	1	248,00	248,00
Total à Payer:			445,90	

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### QUATRE CENT QUARANTE CINQ DIRHAMS QUATRE VINGT DIX CENTIMES###

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

6 118001 141104

Lot:

LC 54224

Pier:

03 2022

BRONCOTEC® 12 µg  
60 gélules pour inhalation

6 118001 380220

908098 8005N4W 73 Y  
13 10N49 00 370N  
LAKAKI MAKIMA  
PHARMACIE OULMES