

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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](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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064169

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Senhaji, Nadjia

Date de naissance : 20.03.67

Adresse : 22, Rue la fontaine des sources, Casablanca

Tél : 062405037 Total des frais engagés : 47,40 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |         |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date    | Montant de la Facture |
|  | 12.3.21 | 47,40                 |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |

[illegible][illegible]

**RELEVÉ DES FRAIS ET L'ÉTAT DES DENTS**

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 bilan

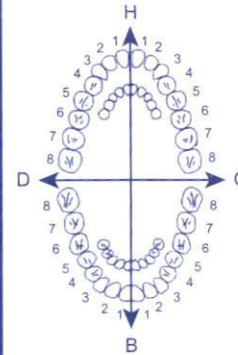
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                         | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|------------------------|--|
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS  |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION   |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION     |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b><br><br> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b><br/>                     25533412<br/>                     00000000<br/>                     00000000<br/>                     35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>                     21433552<br/>                     00000000<br/>                     00000000<br/>                     11433553<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                        |  |
|                                                                                                                                         | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS  |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | DATE DU<br>DEVIS       |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            | DATE DE<br>L'EXECUTION |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |                        |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                   |                     |             |                            |
|                   |                     |             |                            |



|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | G        |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers, each with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'D' on the left side.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# صيدلية العنادل PHARMACIE EL ANADEL

Pharmacien Diplome De La Faculte de CAEN  
HOMEOPATHE

Bd Abdellatif Ben Kakkour (Croisement Bd Ziraoui Et Zerkouni)  
Tel. : 022 36.54.38 - Casablanca

FACTURE

Casablanca, le

12. 3 27

Mr. :

Seurhah Nash

| Quantité                                                                                                   | Désignation           | P.U.    | Prix Total |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|------------|
| 03                                                                                                         | Doliprane 1000 mg eff | 15,80   | 47,40      |
| <div>Pharmacie EL ANADEL<br/>Mme H.T. EL ARABI<br/>Bd Abdellatif Ben Kakkour<br/>Tel. : 022 36-54-38</div> |                       |         |            |
| <div>15,80<br/>PPV 15 DH 80<br/>PER 09 / 23<br/>LOT J 2392</div>                                           |                       |         |            |
| <div>15,80<br/>PPV 15 DH 80<br/>PER 03 / 23<br/>LOT J 652<br/>S 2</div>                                    |                       |         |            |
| <div>15,80<br/>PPV 15 DH 80<br/>PER 09 / 23<br/>LOT J 2544</div>                                           |                       |         |            |
| e facture à la somme de : .....                                                                            |                       | TOTAL : | 47,40      |