

# 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

- 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 - 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

## Declaration de Maladie

N° W21-618796

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 10999 Société : RAM 66927

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 0 KACHA Necha

Nom & Prénom : 20/07/1973

Date de naissance : BD 1044000 2508

Adresse : 05367017/13 Total des frais engagés : 423,50 014 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KAOUACHI Samiya  
Associée auprès des Tribunaux  
Bd. BCM 1er Et. - OUDJA  
Tél. 05 36 68 24 53

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

0 Kacha Necha

Lien de parenté :

☒ Lui-même

Nature de la maladie :

Infection

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 au 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 : OUDJA

Le : 08 / 03 / 21

Signature de l'adhérent(e) : Necha



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/03/21        | C                 |                       | C                               | INF : 104300000  |

Dr. KAOUACHI  
Ass: Centre auprès des Zekou  
Andalou IV et Bd. Zekou  
Imme. Bld. IV Tar. 2-3  
Tél: 05 35 66 24 35

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie AL-MASHREB AL ARABI<br>Dr. EN PHARMACIE<br>N°1 Oulda-Tél: 05 35 50 38 30 | 12/03/21 | 42350                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

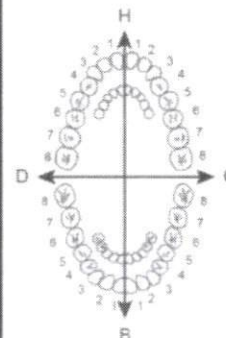
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

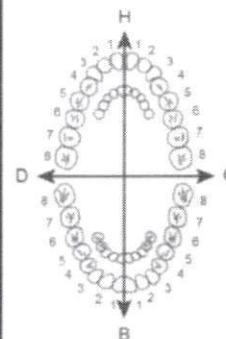
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

|                         |  |
|-------------------------|--|
| DES TRAVAUX             |  |
| MONTANTS DES SOINS      |  |
| DEBUT D'EXECUTION       |  |
| FIN D'EXECUTION         |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| 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

Docteur KAOUACHI Samiya

Assermentée auprès des Tribunaux

Angle Bd. Mohammed V et Bd. Zerkouni

Immeuble B.C.M. 1er Etage

Tél. : 05 36 68 24 53 - OUJDA

الدكتورة كخواشي سامية

خبيرة في الطب العام

لدى هيئة محكمة الاستئناف

زاوية شارع محمد الخامس وشارع الزرقطوني

عمارة ب.س.م. - الطابق الأول

الهاتف : 05 36 68 24 53 - وجدة

Oujda, le 08/03/2021, وجدة، في

Okacha  
Nezha

1) Catufix D3.  
42,20 / p / 5



2) Pudin 20  
42,00 / p / 5



3) Astaph. 500g.  
90,80 / y / 5



4) Artiflex  
149,50 / y / 5



5) Fixmag  
99,00 / p

423,50

Pharmacie AL-ABDELKARIM  
D. EL PHARMACIE  
Hay El Andalous - rue Abdelkader Karim  
N°1 Oujda - Tél. : 05 36 68 38 30

42,20

LOT N°: 42,00  
UT. AV:  
PPV (DH):

90,80

**FIXAMAG®**  
VITAMINES & OLIGOÉLÉMENTS  
L2418  
P: 03/23  
99.00 DH

# TIFLEX®

*articulaire*

LOT 12268/FC4  
01/2022 PPC 149,50

*2022-12-13*

**45 Gélules**