

## 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° W21-611854

benahib@yahoo.fr 69558

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHID BASIN

Date de naissance : 216 LOT. Moutawek. / sur Bouazza

Adresse : 01-01-1946 Casale

Tél. : 067355802 Total des frais engagés : 323,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2019

Nom et prénom du malade : CHAHID BASIN Age : 75 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 10/04/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



| 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 |
| 10/11/2021                     |                   | 6                     | 200                             | INP : 09119317184  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|  | 10/11/21 | 125,80                |

| 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.

| SOINS DENTAIRES  | Traitées | Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|--|----------|-------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <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 |  |
| H  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 25533412   | 21433552 |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000 |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| D  | G        |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000 |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411   | 11433553 |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |          |       |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |



Casablanca, Le: 20/11/22

Dr. Mohamed Benid

49,60

of D-cure forte



2 amp 1 mm 25 polt 3 mm

a' webefer

74,00

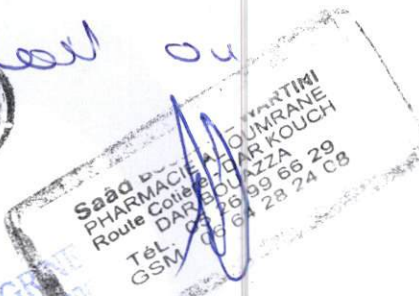
Yacoub



of Carbosylane

0 - 1 0

723,60



aa - Casablanca