

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET/ÉVITER 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-595249

77794

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06698 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : DRIS  
 Nom & Prénom : FACHTALI  
 Date de naissance : 04/03/1964  
 Adresse : 321, bt Namass. Ben Bouazza  
 Casa  
 Tél. : 0661310633 Total des frais engagés : 62,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : FACHTALI KATIL  
 Nom et prénom du malade : FACHTALI KATIL 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 : Casa Le : 03/05/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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 : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE Dr. M. AMZINEB Mosquée Nour El Nahura Casablanca 0522 29 29 59  
03/05/2024 62,30  
INP 0920 99639

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

PHARMACIE Dr. M. AMZINEB Mosquée Nour El Nahura Casablanca 0522 29 29 59  
03/05/2024 62,30  
INP 0920 99639

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

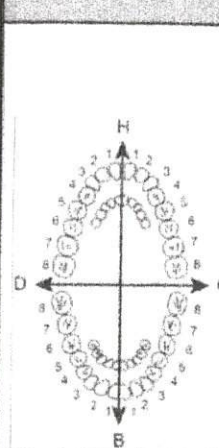
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de pratiquer en indiquant la nature des soins.

Important :  
Veuillez joindre les radiographies de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

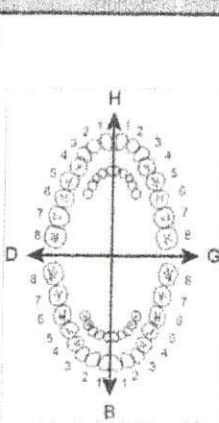


INP :  Coefficient

INP :

COEFFICIENT

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DES MONTANTS

25533412 21433552  
00000000 00000000  
00000000 00000000  
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



PHARMACIE DES DARBISTES

Dr. ALAMI ZINEB

MOSQUEE NAOURAS RDC DE LA MOSQUEE OMAR AL FAROUK

NUMERO 3 DAR BOUAZAA 27 223, CASABLANCA

Patente N° 32900655

ICE 002159865000045

IS 50835138

Tél : 0522292859

Le : 03/05/2021

[ FAHILI KAMIL ]

FACTURE :

du :

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	Rinamide v	22,70		
1	myk 1% crém	39,60		
		Total TTC	62,30	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Soixante deux Dirhams 305.

PHARMACIE  
Dr. ALAMI ZINEB  
Mosquée Naouras RDC de la Mosquée Omar Al Farouk  
Casablanca - 0522 292 859