

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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° W21-640783

*en cours*  
**79888**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **20A.M**

Matricule : **09364** Société : **20A.M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ZAIRH. Omar**

Date de naissance : **29/02/1972**

Adresse : **OZAIRH@ROYALAIRMAROC.COM**

Tél. : **0661452445** Total des frais engagés : **# 679,20 #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **29/02/2021**

Nom et prénom du malade : **ZAIRH. Omar** Age : **48**

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

Nature de la maladie : **Dermatose**

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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **03/08/2021**

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
30/6/2021	C	1	350,0	INP : 09/11/1110

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la Facture

329,20

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur NEJJAM Fatna

Ex. enseignante à la faculté  
de médecine de Casablanca

DREMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUUVATHERAPIE

الدكتورة نجاة فاطنة  
أستاذة سابقة بكلية  
طب الدار البيضاء

تخصص في الأمراض الجلدية و التجميل

Casablanca, le 30/6/2021

M<sup>r</sup> ZAKH Omar

70,40

101

150

PHARMACIE LE GALIN  
293, Bd. Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - INPE 090063021

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

2x2

avec cheveux

9 minutes

1/2 x 2

Myosten esie

1x1

tache

Maphar  
Bd. Abdelmoumen N° 2, Q. 1  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V: 84,20 DH  
6 118001 181490

Maphar  
Bd. Abdelmoumen N° 2, Q. 1  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V: 84,20 DH  
6 118001 181490

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
LOT: 20E022  
P.P.V: 45DH20  
PER: 11 2023

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
LOT: 20E022  
P.P.V: 45DH20  
PER: 11 2023

293, Bd. Abdelmoumen (angle Bd. Anoual). 2ème étage - N° 2 - Cas

Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com