

# 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W21-653018

ND: 86715

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03656 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUARIT ABDELKRIM

Date de naissance : 12/08/1959

Adresse : LOT AL KHOZAMA E1 N°87 Lissara Casablanca

Tél : 0661722705 Total des frais engagés : 2800 + 3000 = 5800

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/8/2021

Nom et prénom du malade : ABDELKRIM OUARIT Age: 38ans

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

Nature de la maladie : Nerveuse

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04/10/2021

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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
12/8	§	1	250	INP : 091216432
ET				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

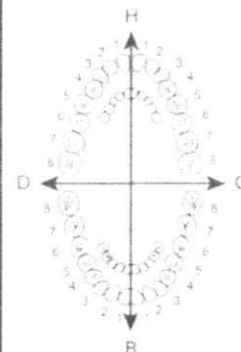
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/8	Rx	300
	21		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

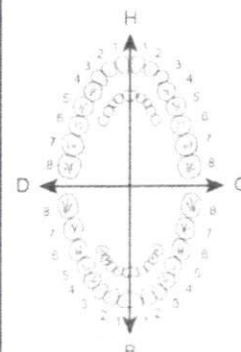
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CEEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25523412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35523412	11433552	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Therapeutique, necessaire a la profession

CEEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CEEFFICIENT 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'EXE



**Docteur Karim EZAIDI**

**Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste**

Ex- chirurgien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ex- Chirurgien au CHR Mohamed 5 -casablanca



**الدكتور كريم الزايدى**

**اخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل**

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى الجهوي محمد الخامس الدار البيضاء

Casablanca , le: .....

**CASA LE 12/08/2021**

**FACTURE N 4090**

**Mme ABOU HASSAINE HAFIDA**

**Consultation  
Radiographie**

**250HD  
300DH**

**Total 550 DH**

**La présente facture est arrêtée à la somme  
Cinq cent cinquante dirhams**

141, Angle Bd. Oum Rabiaa Et Bd. Zoubir du Bd .HH24 - Lot. Moulay Thami, Rond-point Georges,  
1<sup>er</sup> Etage -Appt . 5, Et Oulfa - Casablanca

Tél : +212 5 22 90 90 93 - GSM : +212 6 49 49 49 42 -Email :dr.ezaidi@gmail.com - INPE : 091216432

**Docteur Karim EZAIDI**

**Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste**

Ex- chirurgien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Ex- Chirurgien au CHR Mohamed 5 -casablanca



**الدكتور كريم الزايدى**

**اخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل**

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى الجهوي محمد الخامس الدار البيضاء

**CASABLANCA LE 12/08/2021**

Casablanca , le: .....

## **COMPTE-RENDU RADIOGRAPHIE**

**Mme ABOU HASSAINE HAFIDA**

**Incidences :**

**Rachis lombaire de p**

**Rachis cervical de f+p**

**Compte -rendu radiologique :**

*Handwritten signature and stamp of Dr. Karim Ezaïdi.*

141, Angle Bd. Oum Rabiaa Et Bd. Zoubir du Bd. HH24 - Lot. Moulay Thami, Rond-point Georges,  
1<sup>er</sup> Etage -Appt . 5, Et Oulfa - Casablanca

Tél : +212 5 22 90 90 93 - GSM : +212 6 49 49 49 42 -Email :dr.ezaïdi@gmail.com - INPE : 091216432