

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-650454

883AA



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

013152

Société :

RAU

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Nirg Oussama

Date de naissance :

14/02/1995

Adresse :

165 La colline Mohammadia

Tél. :

06612013

Total des frais engagés :

339,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/05/2024

Nom et prénom du malade :

Nirg Oussama

Age :

26

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Sdrme

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 :

Doha

Le :

09/09/2024


Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

BOUZALCANE

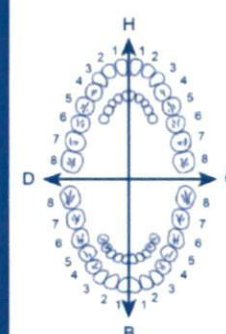
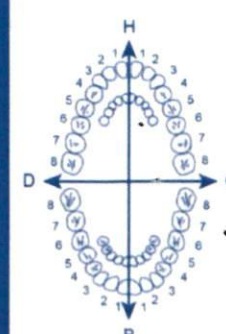


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/02/21	C		150	INP : <input type="text"/> 
30/08/21	G		5	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/21	7240

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<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																
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
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														

**Dr. Abdallah JADID.**

Médecin Généraliste

DIPLÔME DE DIABETOLOGIE

(Faculté de Médecine Montpellier 1)

FRANCE



**الدكتور عبد الله جدي**

الطب العام

حامل دبلوم جامعي في داء السكري

(كلية الطب مونتبلي)

فرنسا

**ORDONNANCE**

Mohammedia, le 30/12/2021 : المحمدية، في

*Amry oussama*

36,20x2

*Stogrid*

*700 mg*

1

0

1

*aprs les repas*

*T=72.40*

PHARMACIE H.M. AMINE  
139, K.M. 37 - C.D. 3142 42  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 00 00 00

PHARMACIE H.M. AMINE  
139, K.M. 37 - C.D. 3142 42  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 00 00 00

**Dr. ABDALLAH JADID**  
MEDECIN GENERALISTE  
DIPLOME DE DIABETOLOGIE  
604, BD ABDELKRIM KHATTABI DERS CHABAB  
MOHAMMEDIA - Tél : 05 23 31 42 42  
IN.P. 091000403

LOT	211173
EXP	04 2024
PPV	36.20

LOT	210031
EXP	01 2024
PPV	36.20

Rendez-vous le : ..... موعد في :

604 شارع عبد الكريم الخطابي، درب الشباب العالية المحمدية

الهاتف : 05 23 31 42 42 - 604, Bd Abdelkrim Al Khattabi, Derb Chabab El Alia Mohammedia / Tél : 05 23 31 42 42

البريد الإلكتروني : jadidabdellah01@hotmail.fr - E-mail : إستعجال - 06 61 06 39 03 - Urgences