

# INFORMATIONS 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèses :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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.

- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie chronique 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° P19- 0047661

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Quvenimah Slim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 767371 Total des frais engagés : 439,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/21

Nom et prénom du malade : Quvenimah yam Age :

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

Nature de la maladie : Rhume

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 : 75200 Le : 30/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

Information : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
En charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

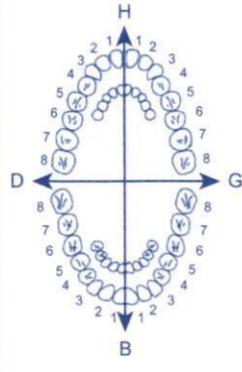
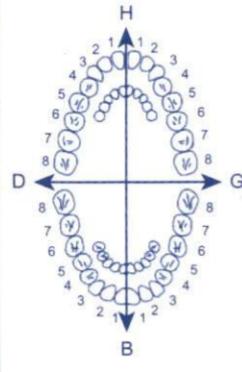
Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 20/10/21 | 139,90                |

[illegible][illegible]

PPC: 79,00 DH

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins                      | Coefficient |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-------------------|--|-------------|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|              |  |                   |  |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">D</div> <table border="1" style="text-align: center; font-family: monospace;"> <tr><td colspan="10"></td></tr> <tr><td colspan="5">25533412</td><td colspan="5">21433552</td></tr> <tr><td colspan="5">00000000</td><td colspan="5">00000000</td></tr> <tr><td colspan="10"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="5">00000000</td><td colspan="5">00000000</td></tr> <tr><td colspan="5">35533411</td><td colspan="5">11433553</td></tr> <tr><td colspan="10"></td></tr> </table> <div style="margin-left: 10px;">G</div> </div> <p>H</p> <p>B</p> |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  | 25533412 |  |  |  |  | 21433552 |  |  |  |  | 00000000 |  |  |  |  | 00000000 |  |  |  |  | <hr/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 00000000 |  |  |  |  | 00000000 |  |  |  |  | 35533411 |  |  |  |  | 11433553 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 25533412   |                   |  |             |  | 21433552 |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 00000000   |                   |  |             |  | 00000000 |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <hr/>  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 00000000   |                   |  |             |  | 00000000 |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 35533411   |                   |  |             |  | 11433553 |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>       |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                   |  |             |  |          |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE  
ALLERGOLOGIE  
INFANTILE ET ADULTE



الدكتورة الشرايبي ليلي

اختصاصية في طب الأطفال  
جميع أنواع الحساسية  
للأكبر والصغار

Casablanca, le 20/10/2021 في الدار البيضاء،

Gammunich yam

17,50

Dolipredakym

19,00 1 dose 10/12 3 fois

Nurosal

24,40

1 dose 10/12 3 fois

Pivalone amale

79,00

Pikloramol mg yam yam  
1 Cnc + 2/3 + 1 dose

$\overline{T} = 139,90$

Sur rendez-vous