

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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)

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° M21- 067892

ND 102642

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08 02 1962 Casa

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 HAYTILILA

AGADIR

Tél. : 067122441 Total des frais engagés : 720,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2022

Nom et prénom du malade : BOUKOU NAMA Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie familiale

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


(Signature)



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
17/01/22				


## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

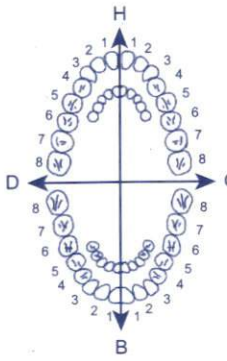
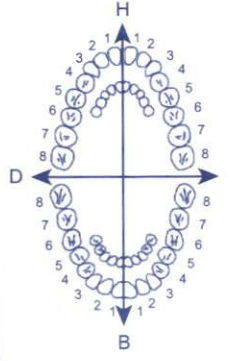
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20/01/22 au 04/02/22	AMM				720,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT 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'EXECUTION

**Dr. ANOIR Hakim.**

- Diplome universitaire de diabétologie  
(Université de paris 13)
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G



**الطب العام**  
**Médecine générale**



**الدكتور أنوار حكيم**

- دبلوم جامعي في مرض السكري  
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لرخصة السياقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

17/01/22

Che allgo,  
Amor de sua filha Serfrien N  
Bouhou noima de 6 seaus  
de Koutouya por pulgaria faciale.

*Cartão*

*[Signature]*

*[Signature]*

**Rachida Bakrim**

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

Agadir, le

04/02/22

**رشيدة بكريم**

اختصاصية في الترويض الطبي

و العلاج الفيزيائي

اكادير في ..

M<sup>re</sup> Souhane Maïm

Facture N° ICC: 001613148 000041,  
TR: 75 24 7304.

06 semaines neêducatin fonctionnelle  
paralyse faciale droite.  
M<sup>re</sup> Souhane Maïm présente facture à la  
Somme de 720,00 sept cent  
vingt dir

Sur rendez-vous

بالموعد



*Rachida Bakrim*

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

Agadir, le

رشيدة بـكرـم

اختصاصية في الترويض الطبي

و العلاج الفيزيائي

اكادير في

04/02/22

Elendher

M<sup>r</sup> Bouhrou Maïm

— 20/01/22

— 24/01/22

— 26/01/22

— 28/01/22

— 01/02/22

— 04/02/22



Sur rendez-vous

بـالمـوعـد

41, Rue Yakoub El Mansour, 1ere étage Talborjte Agadir - te : 05.28.84.75.29

41، زنقة يعقوب المنصور - الطابق الأول تالبرجت اكادير الهاتف 05.28.84.75.29