

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

### 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

- Reclamation : 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-682876

157820

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12282 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARADINE BOUMIA

Date de naissance : 25 Mars 1984

Adresse : Résidence Sahlayi App 18: Run 4 ;  
Erg : Mohamed

Tél. : 0600 3032 60 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 606 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : \$





[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| <p>صيدية الفوسفات</p> <p>PHARMACIE DES PHOSPHATES</p> <p>r. ZOUZEN Nadia</p> <p>r. Al Abatt Hay Hassani - Casablanca</p> <p>Tel.: 05 22 98 85 30</p> | 09/03/22 | 97,10 D4              |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

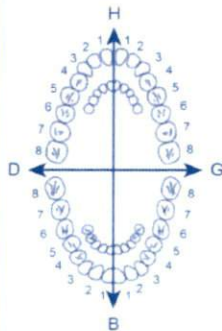
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

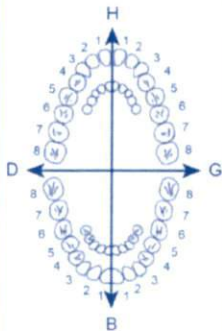
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |  |  |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|--|--|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/> |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |
|   |                   |                     |             |   |  |  |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX                      |  |
|--|---|---|--|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> B </div> </div> | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  | <div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction]<br/> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>   |   |  |
|  |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BEAUTY HEALTHCARE/PHCIE DES  
PHOSPHATES  
DR ZOUITENE NADIA  
8 BVD AL ABTAL HAY HASSANI

Tél : 0522988530

SAADOUNE DOUNIA

09/03/2022



FACTURE N° : 1942

du 09/03/2022

| Qté       | Désignation            | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----------|------------------------|----------|---------|-----|
| 1         | APIXOL SIROP ADULTE    | 79,00    | 79,00   | 20% |
| 1         | DOUCIA PLUS POMMADE GM | 18,10    | 18,10   | 20% |
| Total TTC |                        |          | 97,10   |     |

Lot: 210895  
A consommer  
avant le: 12/2024  
PPC: 79,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE-VINGT DIX SEPT DIRHAMS ET DIX CTS

|        | TAUX  | HT    | TVA   | TTC   |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 20.00% | 20,00 | 80,92 | 16,18 | 97,10 |
|        |       | 80,92 | 16,18 | 97,10 |

صيدلية الفوسفات  
PHARMACIE DES PHOSPHATES  
Dr. ZOUITENE NADIA  
8, Bd. Al Abtal Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 98 85 30

CNSS : 2283617  
Compte :

I.C.E : 002657353000041  
Patente : 36002578

INPE:062104104  
R.C : 479485

I.F : 47273214  
RIB :