

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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  
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° P19- 054102

MUPRAS  
RECEPTION

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA

Date de naissance : 26/02/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 332,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2022

Nom et prénom du malade : Cherqui Khodja Age : 44 Ans

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

Nature de la maladie : Dégénérescence

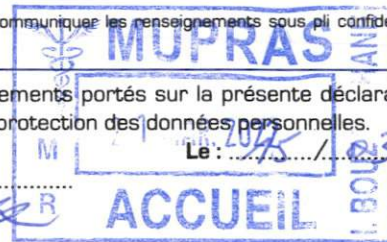
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Deraoua Le : 01/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/03/22        | CS                | 1                     | 150,00                          |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date   | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUMOUHA<br>244 lotissement el wafaa<br>Deroua<br>Tél : 05.22.53.20.54 | 1/3/22 | 282,00                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

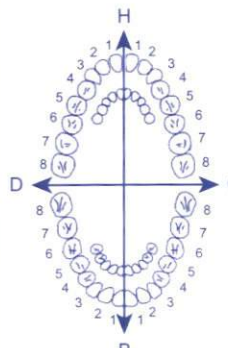
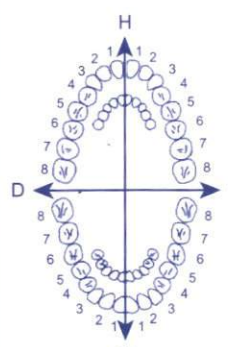
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |                    | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412  | 21433552   |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D   | G  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411  | 11433553   |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |             |                         | 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. Narjiss AMEUR**

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

**Médecine Générale**

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: ..... 01/03/22 .....

Nom: ..... Cherqui Khadyj .....

gu, 003

Id Veloxor Cp.

Ngely le bel 3m4

282, 00

Prochain rendez vous: ..... الموعد المقبل: .....

540، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

**الدكتورة نرجس عامر**

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

**الطب العام**

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el wafaa

Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el wafaa

Deroua

Fix : 05.22.53.20.54



PPV 94DH00

EXP 04/23

LOT 0003392

EXP 04/23

PPV 94DH00

VEL

LOT 0003392

EXP 04/23

PPV 94DH00

VELA