

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

## Consignes 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.

## 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.

## 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° M21- 0057524

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10081 Société : RAM 11.0671

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RATBAZWI EL MAHJUB

Date de naissance : 03-05-1963

Adresse : SALMIYA 02

Tél. : 0661130856 Total des frais engagés : Dhs

### 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 : CASABLANCA Le : 04/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

INPE

INPE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE LAAZIZA</b><br>Dr MARJAM HAYATH<br>Bd El Joulane - Salmé II<br>Casablanca Tel: 05 22 38 24 51 | 28/03/2022 | 11690                 |

## 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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

| SOINS DENTAIRES                            | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|--|----------------|--|-------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|
|  |                |  |             | Coefficient DES TRAVAUX   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b> |                | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |             | Coefficient DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DATE DU DEVIS<br><br>DATE DE L'EXECUTION |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |             |   | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |
|  |                | H  | H           |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | 25533412   | 21433552    |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | 00000000   | 00000000    |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | D  | G           |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | 00000000   | 00000000    |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | 35533411   | 11433553    |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | B  | B           |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                |  |             |   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

**الدكتور رشيد تويجر**  
طبيب جراحي للأسنان

CASABLANCA , LE : 28/03/2022

Monsieur RATBAOUI EL MAHJOUB

**PHARMACIE LAAZIZA**

Dr MAR

Bd El Joulane  
Casablanca

PPV:14DH00

PER:04/23

LOT:J1019

PPV:14DH00

PER:10/24

LOT:K2810

**DOLIPRANE 1000**

1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

**BUCCOTHYMOL**

BAINS DE BOUCHE, 2 à 3 FOIS PAR JOUR

**PHARMACIE LAAZIZA**  
Dr MARJANI HAYATH  
Bd El Joulane - B. Salmia II  
Casablanca Tel: 05 22 38 24 51

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89