

## 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 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](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° W19-507895

142213

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6328 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAHTAJ Med

Date de naissance : 27/12/55

Adresse : /

Tél. : / Total des frais engagés : #329# DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/22

Nom et prénom du malade : MAHTAJ MOHAMMED 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 : 10/07/22 CASAB Le : 1/1

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
14/03/22	<p>العيادة POLYCLINIQUE ADDAMAN توبزسان TUBZESAN MONTED</p> <p>Cafase Consultation Polyclinique ADDAMAN Derb-Ghaillef</p>		160,00	<p>INP : 091044669</p> <p>D. AATOUF OFTALMOLOGUE</p> <p>Polyclinique CNTS Derb Ghaillef CASABLANCA</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	14/03/22	17900

[illegible]

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		<p>Coefficient des Travaux <input type="text"/></p> <p>Montants des Soins <input type="text"/></p> <p>Début d'exécution <input type="text"/></p> <p>Fin d'exécution <input type="text"/></p>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="3">H</th> </tr> <tr> <td align="right">25533412</td> <td> </td> <td align="left">21433552</td> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td> </td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <th align="left">D</th> <td></td> <th align="right">G</th> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td> </td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <td align="right">35533411</td> <td> </td> <td align="left">11433553</td> </tr> <tr> <th align="left" colspan="3">B</th> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			<p>Coefficient des Travaux <input type="text"/></p> <p>Montants des Soins <input type="text"/></p> <p>Date du devis <input type="text"/></p> <p>Date de l'exécution <input type="text"/></p>
H																							
25533412		21433552																					
00000000		00000000																					
D		G																					
00000000		00000000																					
35533411		11433553																					
B																							
		<p align="center">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																					
<p align="center">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																							





وصفة  
ORDONNANCE



LOT

PPC  
DHS

179,00

03609271  
2023 09  
179,00

Le 14/12/2022

179,00 NACTAP 200  
N xiloral forte Calyx  
Igale + 4/1



**PHARMACIE MANDARINA**  
Res. Le Pigeon - Route 1029  
Sidi Maatouf - CASABLANCA  
Tél: 022.33.56.99

Dr. A. ...  
Polyclinique ...  
CASABLANCA