

## 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 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° W19-435831

136441

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12511 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE

Date de naissance : 28/09/1986

Adresse : RUE MILIA Résidence du PARC APPT 44  
70 HAMMOUJA

Tél. : 06 61 14 66 98 Total des frais engagés : 911,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : MAACH

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

Nature de la maladie : VAC

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 : MOHAMEDIA Le : / /

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
12/10/08		9	2250	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] </div> <div style="text-align: right;"> <i>[Signature]</i>  <b>Dr. B. M. Mohantse</b>            Pédiatre            des FAR            -Makoua-            08 83 33 10 08         </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>LA PHARMACIE DE L'AVENUE</b> SARL Angle Boulevard Mohammed V et Rue Riri - Mohammedia Tél : 05 23 32 05 02</p>	2/10/22	661,50

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

[illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Mohamed SEDIRA**

**PEDIATRE**

Prématuré - Nouveau Né - Nourisson - Enfant  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R

1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia

Tél.C. : 05 23 31 06 08

Urgences : 06 63 44 32 71



**الدكتور محمد سديرة**

**طب الأطفال**

الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي

الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية

العيادة : 05 23 31 06 08

المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

12/10/2022

المحمدية، في

MARAC

pod

1/ 411.00

HEXAMIN



Ad d m -

2/ 233.00

ROTATON

LA PHARMACIE DE L'AVENUE  
Angle Boulevard Mohammed V  
et Rue Rif - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 05 06



3/ 17.50

Dolipol

Dr. Mohamed SEDIRA  
15, Avenue des F.A.R  
1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia  
Tél.C. : 05 23 31 06 08  
Urgences : 06 63 44 32 71

661.50