

## 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
- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-775945

142856

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : J. DAID ALI

Date de naissance : 1969

Adresse : CHTOUKA AIT BANA

Tél. : ..... Total des frais engagés : 21740 = 1740 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : Fatima J. Daïd Age : 60

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 13/12/22

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
		1	2000DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAHARA N°1 Centre Bel Te: 05 28 INPE 042051672	13/12/22	217,40 dh

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				COEFFIC DES TR  MONTA DES SC  DEBUT												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433555</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433555
	H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433555														

أفلاميك	
میلوکسیکام	
مضاد للالتهاب	
LOT: M0791	
PER: 06/2024	
PPV: 50,00DH	
تتبرأت دینا للصیدلة	
واجدي صيدلي مسؤول	

ALIVI	
LOT: 09922007	
PER: 01/2027	
PPV: 27,00 DH	
20 gélules	

أوميز	
أوميبرازول	

28	
وحبات خبيثة مقاومة للمضادة المعدية	

81,40	
-------	--

Dr. ABDELAZIZ BOUAABID

Diplômé de la faculté de médecine  
Et de pharmacie de Rabat  
Médecine générale  
Expert assermenté

الدكتور عبد العزيز بوعبيد

خريج كلية الطب  
و الصيدلة بالرباط  
الطب العام  
خبير محلف

Inchaden, le : 13/12/2022

J

JATMA Jdair

**ORDONNANCE**

87100

ALIVIAIR 900 S.V.

19/24

59100

Deroco 900 S.V.

sep 1

82140

OMIZ 9 S.V.

50100 sep 1

Aflamio 4750 S.V.

sep 20

27140

Pharmacie SAHARA  
Route Nationale N°1 Centre Belleg  
Té: 05.28.22.99.40

ABINET  
delaziz Bouaabid  
E: 161033980



دوار النواصر جنب الطريق الرابطة بين اكادير و تيزنيت جماعة انشادن اشتوكة ايت باها

الهاتف : 07 01 40 35 64



**Dr. ABDELAZIZ BOUAABID**

Diplômé de la faculté de médecine  
Et de pharmacie de Rabat  
Médecine générale  
Expert assermenté



**الدكتور عبد العزيز بوعبيد**

خريج كلية الطب  
والصيدلة بالرباط  
الطب العام  
خبير محلف

**Facture :**

Date :

13/12/2022

Je soussigne

, certifie avoir reçu de

Madame/Monsieur

FATIMA Jdaïr

la

somme de 200 Dirhams pour la consultation.



Du r

CABINET  
Abdelaziz Bouaabid  
PE: 161033980



دوار النواصر جنب الطريق الرابطة بين اكادير و تيزنيت جماعة انشادن اشتوكة ايت باها

الهاتف : 07 01 40 35 64

