

## 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.

Antique ·

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à inscrire 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 Langue 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-652142

<sup>2</sup> 144214

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule :	22.12	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN FARES Mohamed			
Date de naissance :	01/01/56		
Adresse :	67, Rue Zahraneui AbouKaleem, apt. A1 Quartier des hôpitaux Casab		
Tél. :	06.4336.8036	Total des frais engagés :	686,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	 Cachet du médecin :
Date de consultation :	09/11/2023
Nom et prénom du malade :	REN FARES Tolnay
Age:	69
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTN 2023
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

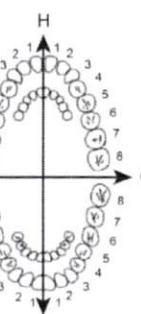
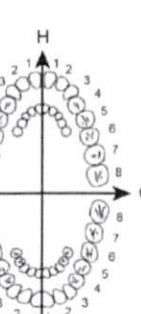
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :.....Cacq.....

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

RELEVE 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
09/11/2023	C	1	€ 350,-	INP : 09/11/2023 N° 1234567890 Médecin : Dr. J. M. Faing Coûts : 100 TVA : 50 Total : 150 Signature : Dr. J. M. Faing Date : 10/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SECURITE SOCIALE 1 <sup>er</sup> Arrondissement 10, Bd. Monhay - Casablanca Téléphone : 86.22.45 - Casablanca	9/11/23	336.75

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**Professeur NEJJAM Fatna**

EX. enseignante à la faculté  
de médecine de casablanca

الدكتورة نجام فاطنة  
أستاذة سابقة بكلية  
الطب الدار البيضاء

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUVATHERAPIE

اختصاصية في الأمراض الجلدية والجميل

Casablanca, le 08/11/2023

H BEN FARES taha med

265.00 19 Diprone A2 Sane

3 337875 696548



PHARMACIE DE LA SECURITE  
El Manjra BENCHEKROU  
Nadia El Moulay Driss 1<sup>er</sup>  
130, Bd Moulay Driss et Rue de la sécurité Social  
Tél : 0522.86.22.45 - Casablanca

23,90DH

27 Diprone te pommade

336.70  
docteur NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DE MEDICINE  
ET VENEROLOGIE  
293, Bd Abdelmoumen (angle Bd. Anoual). 2ème étage - N°2 Casablanca



1 jor 72 x 125

2 jor 72 x 125

611 800115 012 0  
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g  
P.P.V : 23,90DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

611 800115 012 0  
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g  
P.P.V : 23,90DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

611 800115 012 0  
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g  
P.P.V : 23,90DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

Tél : 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com