

# 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 canalaires, 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 canalaires.

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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0055564

144868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9684

Société :

RA7

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BAJAJI

ABDELAZIZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661325255

Total des frais engagés :

23,80

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Neurochirurgien  
Crâne et Colonne Vertébrale

Date de consultation :

09 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade :

ARRAS SANAA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Remplir avec l'adhérent

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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.

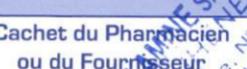
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

[illegible]

Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Neurochirurgien  
et Colonne Vertébrale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/23	273,80

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

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	

Date des Soins

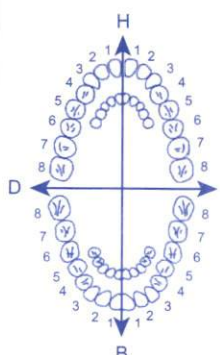
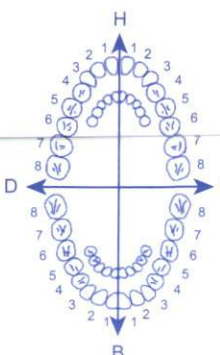
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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 de l'ODF.

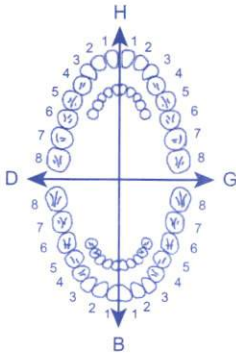
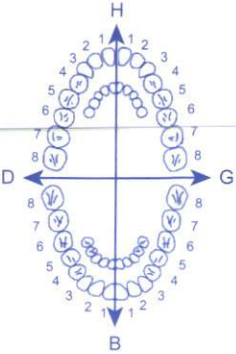
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																								
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000035533411</div>B</div><div>G<div>0000000011433553</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18, Avenue Ibnou Rochd - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 24 21

Fax : 05 37 67 45 97

C.N.S.S : 8383789 - I.F : 40428135

Patente : 25741058 - ICE : 002958253000073

E-mail : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18, شارع ابن رشد - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 67 24 21

الفاكس : 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض. : 40428135

البيانات : 25741058 - ر.ت.م. : 002958253000073

البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Dr. Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Neurochirurgien  
Crane et Colonne Vertébrale

LOT 211488  
EXP 03/2024  
PPV 52.80DH

7<sup>u</sup> ALLES SANDA

52.60



1/ Deder 20

7 au week x 14/jour

65.00



21- Du/ped 20

65,00

76.00



31-

Betavon

3cpl le w  
pas Ann-1

78,00

273.60

PHARMACIE AMINE SARL  
Le Dr. BELKOUHENE  
Lotissement Amine, N° 65  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 0522 97 25 85

Dr. Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Neurochirurgien  
Crane et Colonne Vertébrale

LOT 22E008  
PER 02 2025

LOT 22E022  
PER 06/2025