

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



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

## Déclaration de Maladie

MUPRAS  
RECEPTION 9  
M22- 0022955

146640

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABAOUISS NOUREDDINE

Date de naissance :

Adresse : Bloc Rn° 16 DEROUA

Tél. : 0668 444 740 Total des frais engagés : 243,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/1/2023

Nom et prénom du malade : Belkhalifa Habib Age :

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

Nature de la maladie : ECZ CAC

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 : DEROUA Le : 23 / 01 / 2023

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 |
| 4.1.2023                       |                   | C2                    | 209,00                          |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

attestant le Paiement des Actes

|                |              |
|----------------|--------------|
| Dr Omar BADISS | O.R.L.       |
| Médecin        | 09 10 44 719 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                | Date       | Montant de la Facture |
| <p>Dr. OULHAKEM HAJAR</p> <p>B.P. N° 5 Bis Deroua</p> <p>22.03.43.72</p> | 1. 1. 2023 | 43.60                 |

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**INPE:062098629**

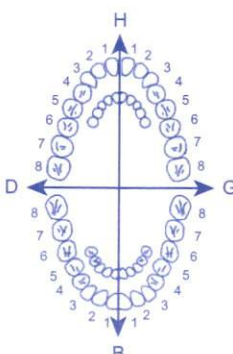
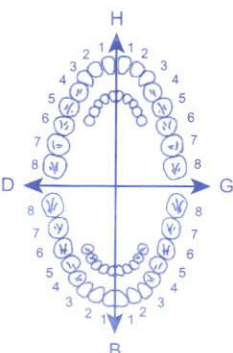
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

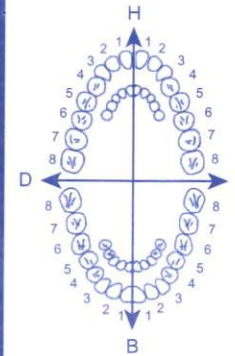
| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|    |  |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT<br/>D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN<br/>D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412    21433552<br/> 00000000    00000000<br/> <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000<br/> 35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU<br/>DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE<br/>L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |
|-------------------|---------------------|-------------|
|-------------------|---------------------|-------------|

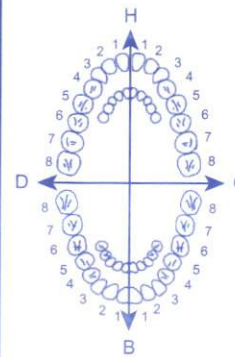
COEFFICIENT DES TRAVAUX 

| MONTANTS DES SOINS |  |
|--------------------|--|
| 1                  |  |
| 2                  |  |
| 3                  |  |
| 4                  |  |
| 5                  |  |
| 6                  |  |
| 7                  |  |
| 8                  |  |
| 9                  |  |
| 10                 |  |
| 11                 |  |
| 12                 |  |
| 13                 |  |
| 14                 |  |
| 15                 |  |
| 16                 |  |
| 17                 |  |
| 18                 |  |
| 19                 |  |
| 20                 |  |
| 21                 |  |
| 22                 |  |
| 23                 |  |
| 24                 |  |
| 25                 |  |
| 26                 |  |
| 27                 |  |
| 28                 |  |
| 29                 |  |
| 30                 |  |
| 31                 |  |
| 32                 |  |
| 33                 |  |
| 34                 |  |
| 35                 |  |
| 36                 |  |
| 37                 |  |
| 38                 |  |
| 39                 |  |
| 40                 |  |
| 41                 |  |
| 42                 |  |
| 43                 |  |
| 44                 |  |
| 45                 |  |
| 46                 |  |
| 47                 |  |
| 48                 |  |
| 49                 |  |
| 50                 |  |
| 51                 |  |
| 52                 |  |
| 53                 |  |
| 54                 |  |
| 55                 |  |
| 56                 |  |
| 57                 |  |
| 58                 |  |
| 59                 |  |
| 60                 |  |
| 61                 |  |
| 62                 |  |
| 63                 |  |
| 64                 |  |
| 65                 |  |
| 66                 |  |
| 67                 |  |
| 68                 |  |
| 69                 |  |
| 70                 |  |
| 71                 |  |
| 72                 |  |
| 73                 |  |
| 74                 |  |
| 75                 |  |
| 76                 |  |
| 77                 |  |
| 78                 |  |
| 79                 |  |
| 80                 |  |
| 81                 |  |
| 82                 |  |
| 83                 |  |
| 84                 |  |
| 85                 |  |
| 86                 |  |
| 87                 |  |
| 88                 |  |
| 89                 |  |
| 90                 |  |
| 91                 |  |
| 92                 |  |
| 93                 |  |
| 94                 |  |
| 95                 |  |
| 96                 |  |
| 97                 |  |
| 98                 |  |
| 99                 |  |
| 100                |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| DEBUT<br>D'EXECUTION |  |
|----------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| FIN<br>D'EXECUTION |  |
|--------------------|--|

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU DEVIS

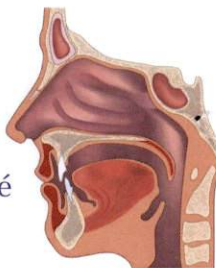
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Omar BADISS

Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف  
والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير والحساسية  
أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 4/7/2023

Belkhalo

Habib

24,20

7/ Diprosone



PHARMACIE OULHAKEM  
Dr. OULHAKEM HAJAR  
Bloc P. N° 5 Bis Deroua  
Tél : 05.22.03.43.72



19,40

4 Antibio Agrola



4 ml

x 3

x 19

37 Andol 7/

1 1 + 3



T: 43,6

PHARMACIE OULHAKEM  
Dr. OULHAKEM HAJAR  
Bloc P. N° 5 Bis Deroua  
Tél : 05.22.03.43.72

Dr Omar BADISS  
O.R.L.  
Médecin  
Tél : 05 22 03 44 719

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3 الطابق الأول (بالقرب من مخبزة بدر الحبي)  
Bdr. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1<sup>er</sup> étage - Deroua  
Tél : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com