

## 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

N° W21-773485

149826

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7824 Société : RAJ  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAHYA IMAD  
 Date de naissance : 12.06.1969  
 Adresse : Domaine de DAKS Oks 109  
AN BARAZZA CRR  
 Tél. : 0661312163 Total des frais engagés : 436,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 29.11.2022  
 Nom et prénom du malade : Yahya Imad Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : infection urinaire  
 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 : CRR Le : 27.12.2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N°

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/82	136.20

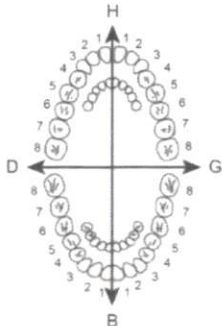
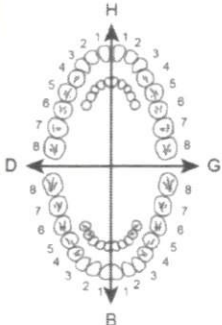
[illegible][illegible]

# 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 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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            0000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            0000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           0000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           0000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>{Création, remont, adjonction}</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHERENT



**Docteur Hamza EL NEIL**  
Urologue Sexologue  
Andrologue



**الدكتور النيل حمزة**  
أخصائي في جراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

29/11/2022

Mr Imad yahya

7970

1/ Zythom 500 mg

UT.AV. : 12 2023 P.P.V. 79 70  
FW 5713

57.00

2cp en une seule prise

LOT: S-04-4  
PER: 10-2024  
PPV: 57,00DH

2/ Tena 100 mg

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL  
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

1mg 2x

3/ TMS 500 mg

1cp en une seule prise

T= 136.70

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue-Sexologue

إقامة المولد 4 مدخل 3656 20 62 06  
36 ملتي شارع أنوال وشارع عبدالمومن • الدار البيضاء  
Résidence AL MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 • Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen • B.P. 20340 • Casablanca  
Tél.: 0522 23 42 97 • Urg : +212 656 206 206 • elneilhamza@hotmail.com • N° ICE : 002752425000008 • INPE : 091186478