

## 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

N° W21-700131

157048

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **1529** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHOUKRI EL HOUSSINE**

Date de naissance : **1950 à OUJDA**

Adresse : **Rte Maghnia, 32 RUE EL KAFOR**

**LOT MOKRI 'OUJDA**

Tél. : **0661253090** Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : **BENAHMED JAMILA**

Nom et prénom du malade : **BENAHMED JAMILA** Age : **63 ans**

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

Nature de la maladie : **Hyperlipémie familiale**

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 : **Oujda** Le : **12 AVR. 2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**  
**BOUAAACANE**



### 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
30/03/23	A	cr	+250.00 +	INP : 081122780 Dr SAUER Leila (EP) Maladies et Chirurgie des Ang. Rd. Med Et. Appl. 4 07 00 06 89 43 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr CHAKI Zine-Edine Rte Maghnia B3 - N°19 Tél: 0536 69 06 02 - OUJDA INPE: 082055963	30/03/23	15000

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

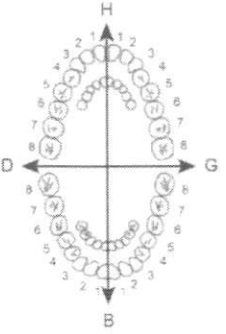
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature 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	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.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  0000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  0000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Leïla SAHER** Epouse TAHA  
**OPHTALMOLOGISTE**

C.E.S d'Ophtalmologie de l'Université de Montpellier  
Maladies et Chirurgie des Yeux

**ANGIOGRAPHIE - LASER**

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Médecin Experte Assermentée Auprès des Tribunaux



**الدكتورة ليلى صاهر حرم طه**  
**طبيبة العيون**

شهادة التخصص من جامعة مونبولي بفرنسا

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

تقويم الحول

تصوير الأوعية الشبكية - الليزر

عضو الشركة الفرنسية لأمراض العيون

خبيرة محلفة لدى المحاكم

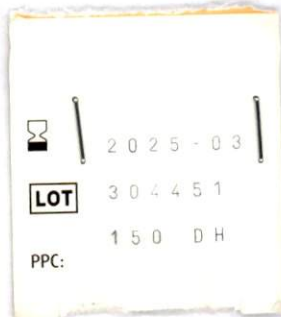
وعدة في: 30 mars 2023

Oujda, Le:

**Mme BENAHMED Jamila**

15000  
**1/ HYLOPARIN COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux



DR. SAHER Leïla (EP TAHA)  
Spécialiste Maladies et Chirurgies des Yeux  
Résid. Farah - Apt. 4 - Bd. Allal Ben Abdellah  
Ben Abdellah 1er Et. Apt. 4 - OUJDA  
Tel.: 05 36 70 77 00 / 06 89 43 75 04

GSM : 06 89 43 75 04

إقامة الفرح - زاوية شارع محمد الخامس و شارع علال بن عبد الله - الطابق الأول رقم 22/23 ( أمام مقهى رحاب ) - وعدة  
Résidence FARAH, Angle Bd. Mohammed V et Bd. Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage Apt. 22/23 ( Face Café RIHAH ) - OUJDA  
الهاتف : 05 36 70 77 00