

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-703161

A 68861

Optique  Autres



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7176

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARISSI REDOUANE

Date de naissance : 03/03/1860

Adresse : 145 NE 44TH ST 316IMS MT200

Tél. : 0674792539

Total des frais engagés : 1011 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

12/07/23

Date de consultation :

Khalid. FATHI Age:

Nom et prénom du malade :

Cholif

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 11/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah

**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
12 17 23	Op	NP:	100,80	DR. J. P. L. 16/07/2013

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WALEED	12/07/2013	100,80

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS	ACQUAISSEMENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 21433552 00000000 00000000
	D 00000000 G 35533411 11433553
	B
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JOUICHATE Jamal  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Tr. 7, Imm 6, N°1 - Hay El Wallaa  
Attacharouk - Casablanca  
06 67 34 93 10



الدكتور جويشات جمال

الطب العام

الشطر 7، عمارة 6، الرقم 1 - حي الولاء (الشارك)  
الدار البيضاء - (بابن إدارة التشارك وصيدلية الصحة)

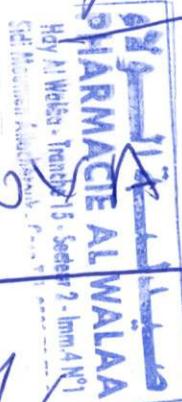
06 67 34 93 10

KALI  
Casablanca, le :

FATIMA

10h180

Li Pf



1120



03

MIS

LOT : 737  
UT. AV : 02-21  
P.P.V : 191 DH 80