

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-703161

168861

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7176

Société :

R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FARISSI REDOUANE

Date de naissance :

21/03/1960

Adresse :

141 N. WAKA TR 16 IM 1 NT 20  
S 2 CASABLANCA

Tél. :

067225259

Total des frais engagés :

101,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/07/23

Nom et prénom du malade :

KARIM FARISSI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cholestérol

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 :

12/07/23

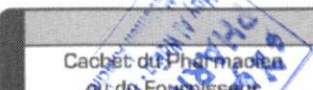
Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDR N° : A.A. 215/2019



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
12 07 23	Chc		CERTIFICAT	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes N°: 05108102 2 34-93

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/23	101.80

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The arch is supported by the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'H' on the right.

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. The arch is supported by several piers, each numbered 1 through 8. The piers are arranged in a circular pattern around the central pier. The piers are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the top pier. The piers are numbered 1 through 8 in a counter-clockwise direction starting from the top pier. The piers are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the top pier. The piers are numbered 1 through 8 in a counter-clockwise direction starting from the top pier.

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

---

---

---

---

---

---

DATE DE  
L'EXECUTION

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

الشاطر 7، عمارة 6، الرقم 1 - حي الولااء (التشارك)

الدار البيضاء - (مابين إدارة التشارك وصيدلية الصحة)

06 67 34 93 10

KAMIN  
FATIAN

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

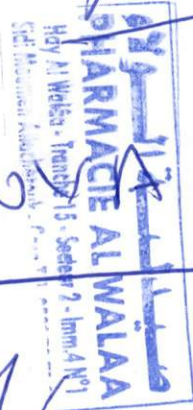
10/1/80

Li P t o u r



Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials



Handwritten signature/initials



LOT : 7374  
UT. AV : 02-21  
P.P.V : 101 DH 80