

# 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

M22- 0045372

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société : RAM (Région TEE)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SABER SOUMIA  
Date de naissance : 12/09/1962  
Adresse : 19 Rue El Yassmine Rés. Al Zahra 14 Apt 11  
Tél. : 26 66 28 98 93 Total des frais engagés : # 800,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : For. ch. ch. ch.

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 : CASABLANCA Le : 04/08/23

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

|            |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|
| 26/06/2025 |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|

[illegible]

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

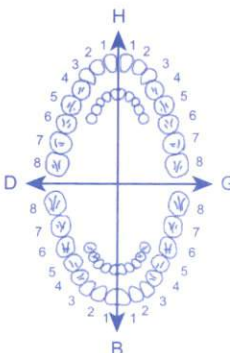
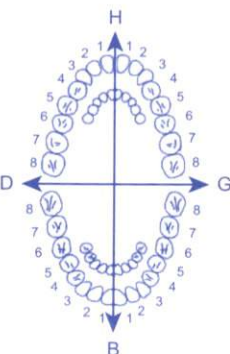
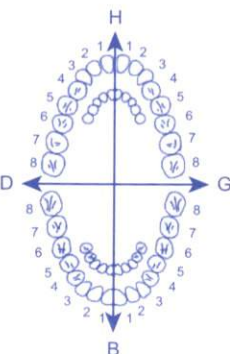
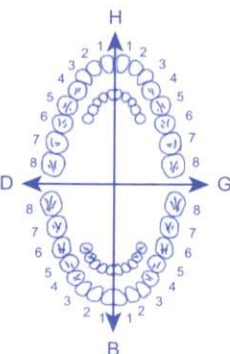
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

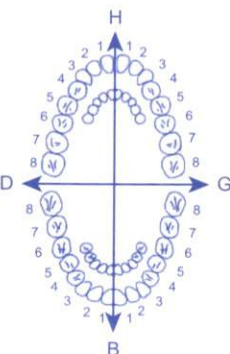
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |
|--|-------------------|---------------------|-------------|---|
|   |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>      |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>         |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |
|  |                   |                     |             |   |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <b>H</b><br>25533412    21433552<br>00000000    00000000<br><b>D</b> ————— <b>G</b><br>00000000    00000000<br>35533411    11433553<br><b>B</b> | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |   |   |
|  |   |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  |
|  |   |   |   |
|  |   |   | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>       |
|  |   |   |   |
|  |   |   | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

| SOINS DENTAIRES                                |   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient   |   |
|--|---|---|---------------------|---|---|
|  |   |   |                     |   | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                   |   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/> 00000000 00000000<br/> 35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |   |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
|  |   |   |                     |   |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |                     |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

26 / 06 / 2013

Soyez serein

à la suite de

  
Dr. CHAGOU AMIS  
Orthopédie-Traumatologie  
Tél : 0911 7519 55 25 72  
Fax : 0911 7519 55 25 72





# GAMA MEDIC

PARA PHARMACIE - COSMETIQUE - MATERIEL MEDICAL

N° 001642

☐ FACTURE

☐ BON DE LIVRAISON

Le 26/06/2023

M SABER SOUMIYA

DEVIS

| Qté | Désignation  | P. U.  | Total  |
|-----|--------------|--------|--------|
| 01  | Bette WALKER | 800,00 | 800,00 |
|     |              |        |        |
| T = |              | 800,00 |        |

4, Av. Lala Asmae Res Zahra Tabriquet-Salé  
Tél : 05 50 09 93 32  
Gsm : 06 61 18 23 16 / 06 25 91 60 24  
E-mail : laaroussimostapha1@gmail.com

R.C : 10988  
Patente : 29020894  
IGR : 36114450  
ICE : 001753209000036



# GAMA MEDIC

PARA PHARMACIE - COSMETIQUE - MATERIEL MEDICAL


N° 002052

☒ FACTURE

☐ BON DE LIVRAISON

Le 12/07/2023

M<sup>me</sup> SABER SOUMIA.

| Qté   | Désignation | P. U.  | Total  |
|---|-------------|--------|--------|
| 01  | BOT WALKER. | 800,00 | 800,00 |
|   |             | T=     | 800,00 |
|  |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |
|   |             |        |        |

4, Av. Lala Asmae Res Zahra Tabriquet-Salé  
Tél : 05 50 09 93 32  
Gsm : 06 61 18 23 16 / 06 25 91 60 24  
E-mail : laaroussimostapha1@gmail.com

R.C : 10988  
Patente : 29020894  
IGR : 36114450  
ICE : 001753209000036