

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- N° 001346

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3450 Société : 171069

Actif  Pensionné(e)  Autre : DR

Nom & Prénom : EL KHATTABI DRiss

Date de naissance : 17-5-1954

Adresse : 57, Rue Loutaya, Hay El Maghrib El Jadid - Benrachid

Tél. : 0668173263 Total des frais engagés : 302,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : CHENI Dr Abdellah Age : 31/1/1954

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : BRI

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Patho tissulaire

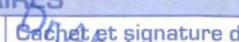
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 52-87

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 : Benrachid Le : 21/1/2023

Signature de l'adhérent(e) : DR EL KHATTABI

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
21-723 C	1		15000	 Dr. Abdellatif MECHAK Médecine Générale 6 Bd de la Liberté Tisfir I Casablanca - Tel : 05 22 252 87

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE DES FRÁIS 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	Coefficent											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411	H	11433553	Coefficient des travaux
	H	21433552												
	D	00000000												
	B	00000000												
	G	35533411												
	H	11433553												
				Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur Abdelhak MECHAL**

**MEDCINE GENERALE**

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1  
Berrechid ( Prés des Taxis jakma )

Tél : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

Nom :

Prénom :

Abdelhak  
Soumia

**الدكتور مشعل عبد الحق**

**الطب العام**

6, شارع الحرية – حي التسir 1

برشيد – (قرب طاكسيات جمة)

الهاتف : 05 22 32 52 87

**Pharmacie AL OUM**  
BERRADA Jihane  
Pharmaciennne  
52, Boulevard AL Houli  
Tél.: 0222 32 41 76 - Berrechid

Berrechid

91-783

PPV 79DH70  
PER 05/26  
LOT M1243



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

32,60

موكسول®  
أميروكسول

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00  
EXP 01/2026  
LOT 2N015 13

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la Liberté Tissir 1  
Berrechid Tél : 05 22 32 52 87

79,70

11

AZI

32,60

21

Muxo

cas 3

40,00

Effipred 20

3)

Egypt  
at

152,30

~~Pharmacie AL OUM  
Mme BERRADA Jihane  
52, Boulevard AL Hovra  
Tél.: 0222 32 41 76 - Berrechid~~

~~Pharmacie AL OUM  
Mme BERRADA Jihane  
52, Boulevard AL Hovra  
Tél.: 0222 32 41 76 - Berrechid~~

~~Dr. Abdelhak MESSHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la liberté Tissir  
Berrechid - Tél.: 05 24 31 92 87~~