

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

*adhérent pren*

## Déclaration de Maladie

N° W21-771030

*que la  
en cours  
CQ*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12388

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBBANE HICHAM

Date de naissance : 05-09-1974

Adresse : 313 3<sup>e</sup> Monastir MOHAMMEDIA

Tél. : 061775838

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :



Aggésction ORL

Le : 31/01/23

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 :

Signature de l'adhérent(e)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>														
					<input type="text"/>														
					<input type="text"/>														
					<input type="text"/>														
					<input type="text"/>														
					<input type="text"/>														
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>															



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES  
Consultation Pré Anesthésique

Le 31.01.2023

Reçu la somme de      **300 (Trois cents) DHS**

De Mr, Melle, Mme      SEBIBANE RIM

Pour consultation pré anesthésique (C2)

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI  
Dr. R. MLKJI BERRADA  
Réanimation  
7, Rue Jean Jaurès Casablanca  
INAPE : 091112045  
Tél : 05 22 47 20 33 / 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 ... 05

Casablanca, le 31.01.2023

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

ENFANT...SERBANE...Rina...

59.00

1- SAPHIR 500 mg

1 cp x 2/J pendant 4.. jours

15.80

2- DOLIPRANE 500

1 cp x 3/J pendant 3.. jours

16.30

3- SOUFRANE

1 pulv x 4/J pendant 5 jours

Rendez-vous dans 8 à 10 jours en consultation  
 (Veuillez prendre rendez-vous)



Angle  
 Boulevard Brahim Roudani  
 &  
 7, Rue Jean Jaurès  
 20 060 Casablanca

Tél: 0522 47 20 20  
 0522 47 30 30  
 0522 47 32 32  
 Fax 0522 20 18 85  
 cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
 ICE : 001837199000069

91.10



TAZI MOVEMENT  
 IN PRACTICE  
 SINCE 1974  
 TAZI MOVEMENT  
 IN PRACTICE  
 SINCE 1974