

## 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'Heritage 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° W21-773999

172703

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 07739      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : Mohamed

Nom & Prénom : FADIL

Date de naissance : 10-10-1956

Adresse : Hah Juelle

Tél. : 0604 33 13 03      Total des frais engagés : 4590 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : Achat libre

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Achat libre

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 : Rabat      Le : 20/07/23

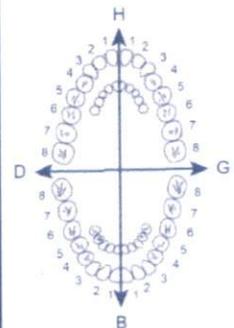
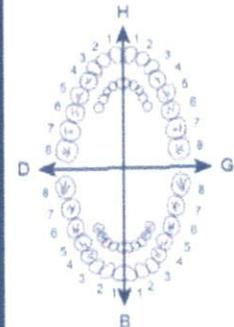
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Montant de la Facture
	26/07/2023	45.90

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	

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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412   01433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000   00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000   00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411   11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412   01433552		00000000   00000000		D	G	00000000   00000000		35533411   11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412   01433552																	
	00000000   00000000																	
	D	G																
	00000000   00000000																	
	35533411   11433553																	
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NASSIM EL BAHR  
MR BADR EL HARTI  
6 LOT NASSIM EL BAHR SIDI RAHAL  
CHATII

Tél : 0522969008

26/07/2023

M FADIL MOHAMED

Mle 07739  
✓

LOT : 230019  
EXP : 02/2026  
PPV : 14,30DH  
UTAV.: : N LOT : (HD) Add

FACTURE N° : 65763 du 26/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ASPRO EFFER	17,00	17,00	7%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7%
1	DOLIPRANE 1G EFFER	14,60	14,60	7%

Total TTC 45,90

PPV : 17,00DH  
CB06120  
EXP 03/2026

PPV 14 DH 60  
PER 03 / 26  
LOT M 908

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUARANTE CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
	7.00%	42,90	3,00	45,90
		42,90	3,00	45,90



R.C : 13554

I.C.E : 001654417000017

Patente : 55732128

INPE:062045018

CNSS : 8752687

I.F : 23047131