

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

M23-001332

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7354 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : H. BEN ROUJ AMMED  
 Date de naissance : 02/11/1967  
 Adresse : N° 13 ANN 121 RES TANAT TOMARIS MOVCOUR.  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0661161218 Total des frais engagés : 486 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/08/2023  
 Nom et prénom du malade : HADJOU JAD Age : 21 mois  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : vaccination  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP 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                     |
| 19-08-23                       |                   | CS                    | 300,00 Dhs                      |  |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                    |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                    |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                   |          |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                   | Date     | Montant de la Facture |
|  <p>PHARMACIE AL-MAALI<br/>Hay My Rachid Groupe 6<br/>N° 45 Rue V - Casablanca<br/>Tél. 05 22 71 77 20</p> | 19-08-23 | 126 9 DH.             |

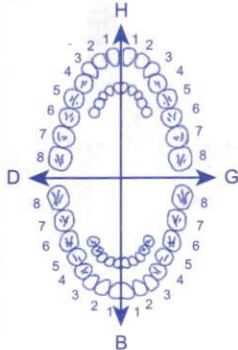
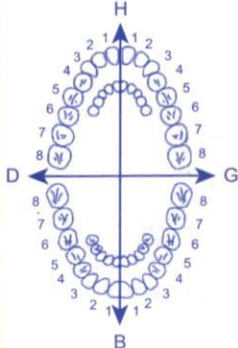
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

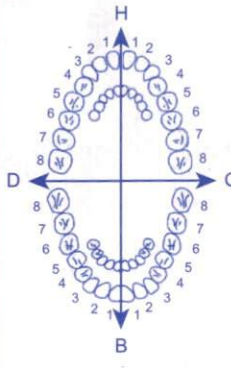
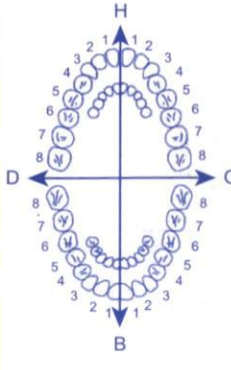
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Dents<br>Traitées                                    | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>  |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>    |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b> |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                                                      |                     | H           |                                                                      | 25533412                                                        | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 21433552                                             |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000                                             |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | G                                                    |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000                                             |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11433553                                             |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>           |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>     |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                     |             |                                                                      |                                                                 |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                 |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        | Coefficient des Travaux |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                |                   |                     |                        | Coefficient des Travaux |
|                                                                                       | <div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div></div> <div>B</div> |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                    |                   |                     |                        | Montants des Soins      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|  |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        | Date du<br>Devis        |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     |                        |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                   |                     | Date de<br>L'EXECUTION |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

A Cas / Le 19-08-23



HANROUN JAD

A.S.

A.S.

1 - HAURIX 720 U vaccin  
routinier en IN

