

# 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- 0007243

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : R.A.M. 180866  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADDI, O. Mohamedline  
 Date de naissance : 8-4-52  
 Adresse : Res. Al Qantara, Allée 1/2, Av. Mehdi Ben Barka Marocul.  
 Tél. : 0661376161 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 10 / 2023  
 Nom et prénom du malade : SMYAA ZOU. Age : 59ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension  
 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 : 24/10/23  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007243

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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
24.10.23		2	280,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.10.23	537,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# Dr Loubna Oukit

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie Nutrition

- Diabète et Insulinothérapie fonctionnelle
- Goitre et maladies de la thyroïde
- Suivi nutritionnel - Obésité et maigreur - Dyslipidémie
- Maladies des surrénales - Maladies de l'hypophyse
- Croissance et puberté

# الدكتورة أوقيت لبنى

طبيبة اختصاصية في أمراض السكري  
الغدد والتغذية

- ◄ السكري
- ◄ أمراض الغدة الدرقية
- ◄ السمنة - ارتفاع الكوليسترول
- ◄ أمراض الغدة الكظرية - أمراض الغدة النخامية
- ◄ النمو و البلوغ

Marrakech, le : 24/10/2013 في: مراكش.

Mme SANAA ZIJI

24,40 x 3

1) Levothyrox 100

1cp/j

à jeun

bonne

13,10 x 3

2) Levothyrox 100

1cp/j

à jeun

bonne

42,20 x 3

3) Calcifor 500

1cp/j

à l'heure

bonne

99,00 x 3

4) Magnésium

537,00 1cp/j

le soir

bonne

مركز الأعمال (امام مسجد الانوار)، مكتب 34، الطابق الثالث، شارع علال الفاسي، مراكش

Centre d'affaires Al Anouar (devant la mosquée Al Anouar), bureau 34, 3<sup>ème</sup> étage, Av. Allal Fassi, Marrakech

05 24 30 83 33 dr.loubna.oukit@gmail.com



6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

**CALCIFIX D3**  
 30 comprimés  
 6 118000 021407

**CALCIFIX D3**  
 30 comprimés  
 6 118000 021407

**CALCIFIX D3**  
 30 comprimés  
 6 118000 021407

MBA8 0326  
 LOT PER  
 Prix 99.00

MBA1 0325  
 LOT PER  
 Prix 99.00

MBA8 0326  
 LOT PER  
 Prix 99.00

30 Comprimés à

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

42,20

42,20

42,20