

## 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

N° W21-795969

187752

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : ZIZI Mohammed  
 Date de naissance : 26-06-56  
 Adresse : 12 Rue Michel Ange Racine  
 Casablanca  
 Tél. : 0661 331633 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. EL AMRANI My Driss  
Professeur en chirurgie  
plastique et esthétique

Date de consultation : 26/10/2023  
 Nom et prénom du malade : Bouchaoui Samir Age : 55 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur  
 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 : Casablanca Le : 26/10/23  
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



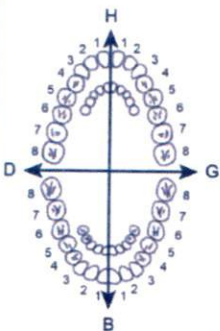
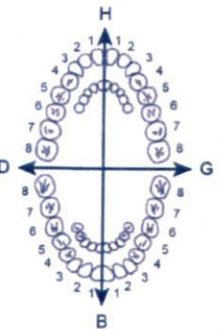


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/23	Gnathopexie		7 200,00 FF	INP : 81037052 <b>Pr. EL AMRANI My Dries</b> Professeur en chirurgie plastique et esthétique
26/09/23	Frais chirurgie		7 100,00 FF	

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	20/11/77					.....
	21/11/77					.....
	22/11/77					.....
	23/11/77					.....
	24/11/77					.....

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

# NOTE D'HONORAIRES



مصحة الشمس  
CLINIQUE DU SOLEIL

Mr.: BencheKroun Seng

مصحة الشمس  
CLINIQUE DU SOLEIL

Le Docteur

Rue Erraouda Propriété ALBEK 38 (C) l'hôpital  
Gueliz - Tél.: 05 24 42 17 67 / 05 24 42 06 37 / 05 24 33 94 50  
E-mail: contact@marrakech.clinique-du-soleil.ma

A l'honneur de vous présenter ses honoraires pour

Frais clinique pour Cs

au cours de votre hospitalisation du

Soit la somme de

100,00 DH (Cent Dirhams)

T.T.C

100,00 DH

Total

100,00 DH

CLINIQUE DU SOLEIL  
Rue Erraouda Propriété ALBEK 38 Gueliz - Tél.: 05 24 42 17 67 / 05 24 42 06 37 / 05 24 33 94 50  
E-mail: contact@marrakech.clinique-du-soleil.ma

A Marrakech, le

26/09/23

NOTE D'HONORAIRES



مصحة الشمس  
CLINIQUE DU SOLEIL

Mr.: Benhekroum Samia

Le Docteur

Pr. EL AMRANI My Driss  
Professeur en chirurgie  
plastique et esthétique

A l'honneur de vous présenter ses honoraires pour

Consultation

au cours de votre hospitalisation du

Soit la somme de

± 200,00 DH (Deux Cent Dirhams)

T.T.C

200,00 DH

Total

200,00 DH

Pr. EL AMRANI My Driss  
Professeur en chirurgie  
plastique et esthétique

A Marrakech, le 26/05/23

CLINIQUE DU SOLEIL  
Rue Erraouda Propriété ALBEK 38 Ouverture à l'hôpital  
Soleil - Tél.: 05 24 42 17 67 / 05 24 42 06 57 / 05 24 33 94  
e-mail: contact@clinique-soleil.ma