

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-814525

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Kamelia Kishoj

Date de naissance : 06-12-1989

Adresse : Sife Cas Ange Royal Air Maroc

Tél. : 0662865224

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2024

Nom et prénom du malade : Noor

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/01/2024



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
04/01/94	CS			
	DF			

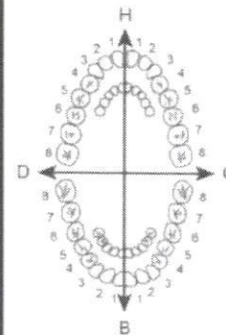
(Circular stamp: Clinique Médicale de l'Anca, 1537, Tel: 0522872560, Fax: 0522872560)

(Handwritten signature and stamp: 091118153)

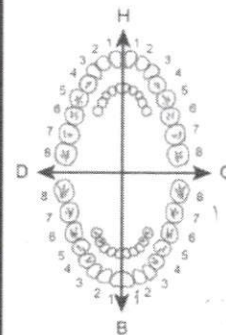
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	04.01.24	298,80

[illegible][illegible]

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Lot. 3763  
Per.: 06 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 401H00  
EXP 07/2026  
LOT 35002 4

Maphar  
Bd Alklima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
OROKEN 100mg/5ml FL 40ml  
PDR SUSP BUV  
P.P.V.: 119,30 DH



Maphar  
Bd Alklima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
OROKEN 100mg/5ml FL 40ml  
PDR SUSP BUV  
P.P.V.: 119,30 DH



Casablanca, le: 04.11.24

Noor GUESSOUS

119.30 x 2  
① Omo Ken 19kg x 2l 08j  
1 clore  
② Effipred 20 40.00 le mch 05j  
1 cp 1/2  
③ okipax 20.20 2 gtt x 2l  
258.80

**S.V.**  
**S.V.**  
**S.V.**

**PHARMACIE OXYGENE**  
SOUND DEMINI TAZI  
1 bis, Bd Palmiermique  
Quartier Centre - Agde Pote 1032  
- Tél. 072 52 u. 14

**Dr. Nezha RAIC**  
PÉDIATRE  
347, Boulevard Palmiermique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 12 Fax : +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma