

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-833491

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12096

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Saidia Najoullah

Date de naissance : 19/09/1978

Adresse :

Tél. 0661465526 Total des frais engagés : 3478,00 euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



NIF: B-64261878

Josep Maria Lladó, 37

08032 Barcelona

Tel: 93 4000 700

Date de consultation : 22/12

Nom et prénom du malade : SAIDIA NAJOULLAH

Age : 45

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

OPERATION

STRABISME

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) :

PR4FR05/AV2/20.10.2023

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 |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| 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 |
|                                  |                | 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.                                |   |                  |                        |                        |   |
| <b>Important :</b><br>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            | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412   21433552<br/>             00000000   00000000<br/>             D ----- G<br/>             00000000   00000000<br/>             35533411   11433553<br/>             B           </div> |                  |                        |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS<br><input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  | Montant des Honoraires |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
|   |   |                  |                        |                        |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <span style="float: right;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</span> |   |                  |                        |                        |   |



**Factura : F2360773**

Barcelona, 22/12/2023

NAJIOULLAH, SAIDA  
CASA GREEN TOWN VILLA 190 BOUSKOURA CASA /MAR  
20000 CASA BLANCA  
CASA BLANCA  
(MARRUECOS)  
Pasaporte : HY1741735

NAJIOULLAH, SAIDA  
CASA GREEN TOWN VILLA 190 BOUSKOURA CASA /MAR  
20000 CASA BLANCA  
CASA BLANCA  
(MARRUECOS)  
Pasaporte : HY1741735

Paciente : 212.853 NAJIOULLAH, SAIDA

| Código | Descripción Asistencia                  | Cantidad | Precio Unitario | Importe Neto | IVA % | Total    |
|--------|---|----------|-----------------|--------------|-------|----------|
| QQ505  | ESTRABISMO BASICO<br>Fecha : 22/12/2023 | 1        | 3.478,00        | 3.478,00     |       | 3.478,00 |

**IMO** Instituto de  
GRUPO MIRANZA microcirugía  
ocular  
NIF: B-64261878  
Josep Maria Lladó, 3  
08035 Barcelona  
Tel: 93 4000 700

**PAGADO**

BASES TIPO CUOTA TOTAL I.V.A.

Total Importe : 3.478,00

Base Imponible : 3.478,00

Total IVA : 0,00

Exenta de IVA en virtud del artículo 20.Uno.2º de la Ley 37/1992 de 28 de Diciembre

**Total Factura (€) : 3.478,00**

Observaciones :  
OI