

## 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- 0042477

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 852

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERRAS Abdelmjid

Date de naissance : 11/5/51

Adresse : Habituelle 190587

Tél. : 0615804322 Total des frais engagés : 510 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/23

Nom et prénom du malade : GHERRAS Abdelmjid Age : 72

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neo de Rectum

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 : Casablanca

Le : 15/01/24

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13-12-2023	CA			<i>Signature</i>

Dr. RADHI AMINE  
Chirurgien  
Polyclinique ATLAS  
Tél: 0522 27 94 94  
Int: 091 168534

# 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

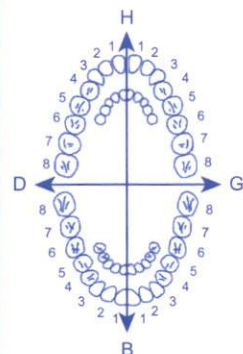
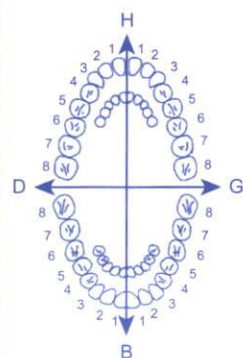
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>KIP MED SLAOUI ET CIE</b> 33 Rue Lahcen Al Arjouni Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66 Fax: 05 22 80 04 16 C7	13/12/2023					510.00

# 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div>2553341221433552</div> <div>0000000000000000</div> <div>D</div> <div>0000000000000000</div> <div>3553341111433553</div> <div>G</div> <div>B</div>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr GHERRAS. ABDELMAJID

- 10 poche coloplaste.

**KIT MED SLAOUI ET CIE**

33, Rue Lektou AL Arjouna  
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
 Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66  
 Fax: 05 22 80 04 16 C7

450,00

- 3 colostomie.

**KIT MED SLAOUI ET CIE**

33, Rue Lektou AL Arjouna  
 Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
 Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66  
 Fax: 05 22 80 04 16 C7

60,00

**DR. RADH AMINE**  
 Chirurgien  
 Polyclinique ATLAS  
 Tél: 0522-27-94-94  
 INPE: 091168534





Équipement Médical

N° 0077232

Client : **GHERRAS**  
**Abdelmjid**

**AU COMPTANT :**

Casablanca, le : **10/12/2023**

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	<b>Poche Clophost</b> <b>1 piece</b> <b>(complet)</b>	<b>10 x 15</b>	<b>150</b>
	<b>COL 120 x 25</b>	<b>3 x 20</b>	<b>60</b>
<b>KIT MED SLAOU ET CIE</b> 33, Rue Lahcen Al Arjoun Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 86 04 31 - 05 22 86 03 66 Fax: 05 22 80 04 16 - C7		<b>Total T.T.C</b>	<b>510</b>

Notre Marchandise n'est ni Echangée ni Retournée