

# 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 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 une fois par an.

## 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 d'Al  
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

9395

W21-838340

190830

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9395

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : D.V.

Nom & Prénom : NASSI HICHAAM

Date de naissance : 13 11 1967

Adresse : 7 Rue 11 Rés. Jura APPT 408<sup>ème</sup> étage

MAZOLA CASH

Tél : 06 66 35 17 49

Total des frais engagés : 21.165,42 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 JAN 2024

Nom et prénom du malade : NASSI HICHAAM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 1-9-A

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 : CASH

Le : 24 / 01 / 2024

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
24 JAN 2024	C		2000A	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24 JAN 2024 965.40

# 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

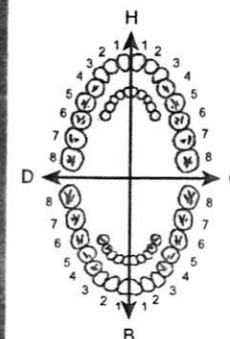
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

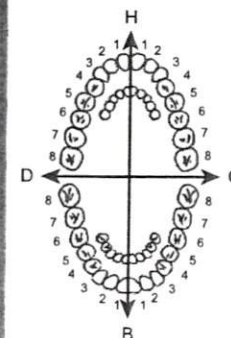
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient Montant des Honoraires



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 24 JAN 2024 : الدار البيضاء، في :

Mr Nassi HICHAT

160.90 X 6  
J A P H 300

965.40 14/1 (57)

Maîtrement de six mois

دكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم  
(قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - حي الحسني - الدار البيضاء  
مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
هاتف : 022 90 70 88 - 022 90 70 86

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR Abdelaziz  
022 90 21 67 - Casa

LOT: 084  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 084  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 084  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 074  
PER: MAR 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 084  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

LOT: 084  
PER: AUT 2026  
PPV: 160 DH 90

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500