

# 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 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

M23- N° 0032043

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 627 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR. AIT MHAMMED AHMED

Date de naissance : 14-03-1944

Adresse : HAY ESSALAM RISE MADIYAN

BOUDSHA 61 GSA

Tél. : 0634605386 Total des frais engagés : 314 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Younes EL MANSOURI  
Spécialiste en Gériatrie  
Clinique CENTRAL MARRAKECH  
N° 96 Rue Oued L'oued  
Marrakech Tel. 05 24 42 12 02

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JAN 2024

Nom et prénom du malade : Ait Dhamed Ahmed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : conjonctivite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 14 FEB 2024

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 : MARRAKESH

Le : 29 / 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
9 JAN. 2024	G	01	Statut	Dr. Younes EL HACHIMI Spécialiste en Stomatologie Clinique EL HACHIMI N° 96, Rue Oued Esdhalab, Sémia Marrakech, Tel: 05 24 42 12 02

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Feuillesseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOHAMMAD A. DEBBAGH A. Mme DEBBAGH A. 100 Av. Palestine - Marrakech	29/1/24	314,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

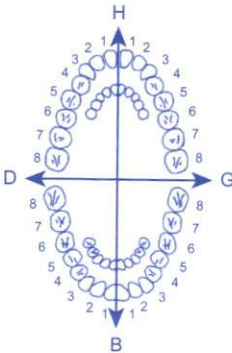
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

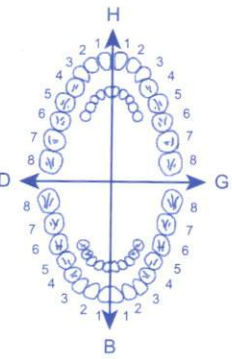
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">D</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">G</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	G																					
	B																					
	[Création, remont, adjonction]																					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Marrakech, le 29/01/2024 : مراكش، في

M<sup>R</sup> AIT MHAMED Ahmed

\* Théa rose Glyre

2 à 3 fois par jour

pendant 3 mois.



Dr. Younes EL MAISOURI  
Spécialiste de l'Ophtalmologie  
Clinique Ophtalmologique  
N° 96, Rue Oued Eddahab - Marrakech

صيدلية المحمدية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tél : 05 24 42 20 78

VR2765C10MAR/0722



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2765C10MAR/0722



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH