

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

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

## Déclaration de Maladie

M23-0024978

N95849

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8609	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RETIRATE
Nom & Prénom :		AMMARI OMAR	
Date de naissance :		18/12/1956	
Adresse :		N° 85 Rue 81 A2 HARIA OULFA CASA	
Tél. :		06 65 09 37 03	Total des frais engagés : 890 DH .Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>CARDIOLOGUE</b>          Rue 2, N°61 - 1er Etage RF Chahida - El Jadida          Tel: 05 22 91 07 62 - 05 04 72 50 14          INP: 9117BATA       </div>		
Date de consultation :	01/12/2013	Age :	.....
Nom et prénom du malade :	AMMARI OMAR	.....	.....
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Hypertension		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : CHRONIQUE
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 : CASA

Le : 16/12/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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
01/11/2021	CCM	Coef 1		D. Abdellah BENELLOUN J. M. CANDIDOCURE Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chambre Elouan 05 22 91 07 62 - 05 01 72 39 14 TÉL. : 01178878

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. H. A. KHALIFI 65/57, Rue EL OULFA CASABLANCA Tél. : 022.93.26.80	01-12-23	840.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MÉDICAUX

#### **RELEVE 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 canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : .....01/12/2023.....

Nom et Prénom : .....

AMMARI Omar

1 M 0.00 X 6



**VALPHI OU TAREG 160**

840.00 1 comprimé le matin, pendant 6 mois



**INIKAL 5**

1 comprimé, matin et soir, pendant

LOT : 041  
 PER : MAR 2025  
 PPV : 140 DH 00

**LIPANTHYL 160**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

LOT : 035  
 PER : AUT 2024  
 PPV : 140 DH 00

PHARMACIE LE BENJELLOUN  
 Mme. Houda KHOULALE  
 55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203  
 El Oulfa - CASABLANCA  
 Tél. : 022.93.26.80

LOT : 035  
 PER : AUT 2024  
 PPV : 140 DH 00

LOT : 039  
 PER : FEV 2025  
 PPV : 140 DH 00

LOT : 044  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 140 DH 00

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 CARTE  
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP C  
 Tél : 0522.91.07.62  
 INPE : 511