

# 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- 0034862

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

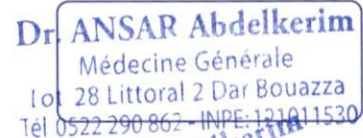
☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R-550 Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : Rouchdi Khachkaj  
 Date de naissance : 10/07/1944  
 Adresse : Mfarina - Blanca Apt 56  
Dar Bouazza  
 Tél. 06-61-94 97 28 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 22 / 1 / 2024  
 Nom et prénom du malade : Dr. ANSAR Abdelkerim Age: 79ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 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 : 09 / 02 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) : Rouchdi Khachkaj

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                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/1/2024       | C                 | 1                     | G                               | Dr. ANSAR ABDELKESSAM<br>Médecine Générale<br>Lot 28 Littoral Dar Bouazza<br>Tél 0522 290 862 - MPE 12101530 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                              |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22-1-24

70,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

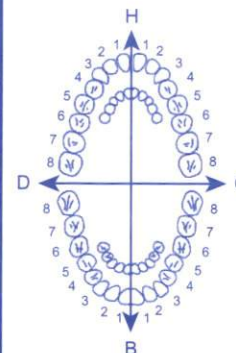
Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

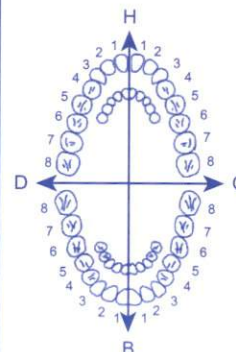
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 Ansar Abdelkerim*

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux

R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza

Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدركتور أنصار عبد الكريم

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا

**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم

رقم 28، الساحل II دار بوعزة

الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 22 - 1 - 2024 : دار بوعزة في:

Rouettini che Adouj

70,00 ① Reffleget

Ashad x 3/14



PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOUHI AMINA  
Dar Bouazza, Bouled Jerrah  
BP.93 Dar Bouazza  
Tél : 05 22 29 01 74

Dr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
Lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
Tél 0522 290 862 - INPL 121011530

2319209  
2026/07  
PPC 70.DHS