

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0055526

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 358 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : DELFI Driss  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : 98 Katissement Bouchara Sidi Mohamed f. Casablanca  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 05/03/2016  
 Nom et prénom du malade : DELFI DRISS  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/03/2022		CS	350.00	<p>Professeur</p> <p>NEUROLOGUE</p> <p>Explorations Neurophysiologiques</p> <p>ENMG - EEG</p> <p>Tél: 06 67 17 33 11 - INP : 091032391</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية حي بشري</p> <p>Pharmacie HAY BOUCHRA</p> <p>Dr. Niarne BOUDEGGA</p> <p>44, Lotissement Bouchra</p> <p>Sidi Maarouf - Casablanca</p> <p>05 22 58 10 40</p>	05.03.24	1041,00.

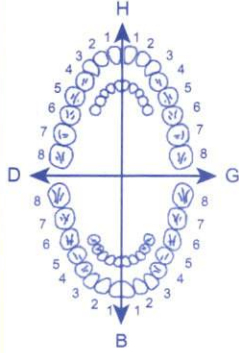
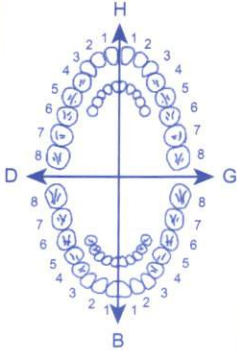
[illegible][illegible]

## 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											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Coefficient des Travaux</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Montants des Soins</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Début d'exécution</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Fin d'exécution</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Coefficient des Travaux</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Montants des Soins</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Date du Devis</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Date de l'exécution</span> <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Hicham EL OTMANI**  
**Neurologue**  
**Professeur de l'enseignement supérieur**

Électroneuromyographie (EMG)  
Électroencéphalographie (EEG)  
Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs  
Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)  
Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris  
Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale  
profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)  
Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

**الدكتور هشام العثماني**  
**إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي**  
**أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء**  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للرعاش  
المجھودات المثارة

**05/03/2024**

Casablanca le \_\_\_\_\_

**Mr DELFI Driss**

**EBIXA 20 mg Cpr pell Plq/28**

1 Comprimé le matin

TROIS MOIS

**Professeur Hicham EL OTMANI**  
**NEUROLOGUE**  
**Explorations Neuropsychologiques:**  
**EMG - EEG**  
**Tél: 06 67 17 33 11 - 091032391**

**صيدلية حبي بشوي**  
**Pharmacie HAY BOUCHRA**  
**Dr. Nisrine BOUDEGGA**  
**44, Lotissement Bouchra**  
**Sidi Maarouf - Casablanca**  
**Tél : 05 22 58 19 49**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 20MG B28 CP PELL  
P.P.V : 347,00 DH  
6 118001 184866

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 20MG B28 CP PELL  
P.P.V : 347,00 DH  
6 118001 184866

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 20MG B28 CP PELL  
P.P.V : 347,00 DH  
6 118001 184866