

# 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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

200582

Déclaration de Maladie

M24- 0011041

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Touria.

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

.Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M24- 011041

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

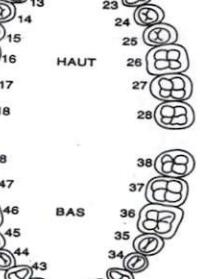
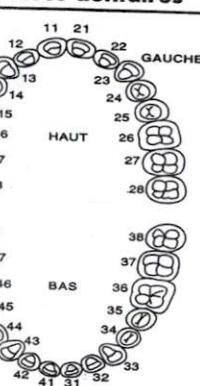
Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
DROITE					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>											
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>											
					<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>											
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
DROITE		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">D</td><td style="width: 50%; text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td style="border-top: none;">G</td><td style="border-top: none;">G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	G	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
D	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
G	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14/0015426</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	<b>Cachet MUPRAS</b>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0015426

**DATE DE DEPOT**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age .....	Date .....
Nature de la maladie .....		Date 1ère visite .....	
<i>Dr. ELGUETTAI Ned Najib Endocrinologue 31, Bd Zekri 0524 42 46 00</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<i>259,00</i>	
<b>PHARMACIE</b>	Date .....		
Montant de la facture .....		<i>171700</i>	
<i>PHARMACIE MOHAMMAD Mme BEDBAGH A. N° 100 AV. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 30 28 76</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<i>CACHET</i>			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
<i>CACHET</i>			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

أمراض الغدد الهرمونية

أمراض السكري

الامراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش  
31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

Tél. : 05 24 44 96 00

E-mail : nguermai@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Marrakech, le : 13 MARS 2024

PPV: 21DH00

PER: 09/26

LOT: M3104

PPV: 21DH00

PER: 11/26

LOT: M3862

Mme BENHAYOUN Touria R 641

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M 510

1 cp matin et soir  
Au milieu des  
repas

1 cp le soir

PPV 21DH00  
PER 06/26  
LOT M 2205

rsp 3 mois

21,00 XY - DIAFORMINE 1000  
84,00  
91,00 - STATICOL 20 TS  
175,00

صيدلية المحمدية  
PHARMACIE MOHAMMADIA  
Mme DEBBAGH A.  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tél : 05 24 30 28 78

Dr EL GUERMAI Med No:  
Endocrinologue - Diabetologue  
31, Bd Zerkouni - Marrakech  
05 24 44 96 00

91,00

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.