

## 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 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 tous les 6 mois.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-420059

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

CA

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09358 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RCHID DRISS  
 Date de naissance : 05/03/73  
 Adresse : 4, Imb A55, Residence Annam, OULFA  
 CASA  
 Tél : 0663253595 Total des frais engagés : 331,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Jamila CHALLO  
 Pédiatre  
 Bd Ibn Sina Hay Hassani  
 Groupe Résidentiel Al Baraka  
 GH 12 Im 144 - Casablanca  
 Tél. 0522 64 11

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RCHID SARA Age : 36 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Angine de poitrine

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 : 21/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Étage 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

# 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
14/12/19	CS	200,00	200,00	INP : 081304038 Dr. CHALLOT Bd Ibn Sina Hay Hassani Groupe résidentiel Al Baraka Gél. 13 km 144 - Casablanca Tel. 05 22 91 64 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.10.19	1.131,60

Cachet et signature du	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>ODF</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



Dr. Jamila CHALLOT

Spécialiste en Pédiatrie

Homeopathie

Ex-Pédiatre attachée au CHU Ibn Rochd

Ex-Pédiatre à l'Hôpital Sekkat Ain-Chock

Casablanca



عيادة شلوط

الطبيب في أمراض الأطفال و الرضع

الطبيب

طبيبة أطفال سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيبة أطفال سابقا بمستشفى السقاط - عين الشق

الدار البيضاء

Casablanca , Le : 14 OCT 2019

RCTD Sina

PPV:80DH00

PER:03/22

LOT: 1698

80.00

- Azix 1000

1 box de 10

XO

12.80

PPV 12DH80  
PER 04/22  
LOT 11000

12.80

- Soliprane 300

1 box de 10

avec

22.50

- Brufen

1cm x 36

16.30

- Maler inj

1cm x 20

13.60

PPV (DH):

Lot No:

UT.AV:

22.50

BRUFEN®

16.30

Tél.: 05 22 91 64 11  
Gh 12 Im 144 - Casablanca  
Groupe Résidentiel Al Baraka  
Bd Ibn Sina Hay Hassani  
Pédiatre

Bd. Ibn Sina, Groupe Résidentiel Al Baraka, GH 12L144, RDC (en face de la cité de police) Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 91 64 11 - Urgence : 06 60 72 41 80 - E-mail : challot.jamila@gmail.com