

## 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.

### 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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

N° W19-443589

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2481 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Mr ISAD NAJIA

Date de naissance : 01/05/1957

Adresse : Rue 6, N° 72 Hay Attadamou (CHERAM)

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 OCT 2018 / 10/10/18

Nom et prénom du malade : ISAD NAJIA Age :

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

Nature de la maladie : Boudaïp

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 : 22/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

INP: 09411580

Dr. H. Clark Case

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Moment de la facture
 <b>PHARMACIE AL-TERRABI</b> <b>Dr. Ali Hameed Badi</b> <b>AL-NOURI SAMMOUN HASSAN, E. OUBA</b> <b>Sit: 09-12-18-6072 - Fax: 09-12-18-1246</b>	18 10 19	Docteur Oubaid Tel: 02-68-68 / 16740 Charte

Montant de la facture

[illegible]Montant  
des Hongraires[illegible]

Nombre

AM

PC

IM

IV

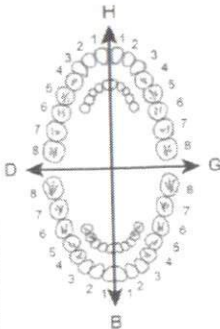
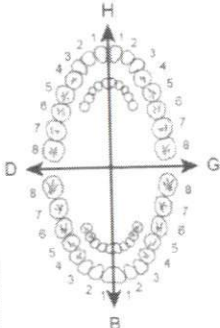
Montant détaillé  
des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>								
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : \_\_\_\_\_

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins de confort et de base	Soins médicaux	Soins de confort et médicaux	Soins médicaux et de base	Soins médicaux, de confort et de base
Soins de base	1	1	1	1	1	1	1
Soins de confort	1	1	1	1	1	1	1
Soins médicaux	1	1	1	1	1	1	1
Soins de confort et médicaux	1	1	1	1	1	1	1
Soins médicaux et de base	1	1	1	1	1	1	1
Soins médicaux, de confort et de base	1	1	1	1	1	1	1

Coefficient

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'D' on the left. The arch is supported by a series of piers numbered 1 through 8 on both sides of the central pier. The piers are arranged in a semi-circular pattern, with the central pier being the highest and the outer piers being lower. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The piers are numbered 1 through 8 from the center outwards on both sides. The spans between the piers are numbered 1 through 7 from the center outwards. The bridge is supported by a central pier (1) and two side piers (8). The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'R' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Nour Omar

الدكتور نور عمر

OMNIPRATICIEN

Diplôme Universitaire en Echographie Clinique.  
Diplôme Universitaire Diététique Médicale et Nutrition.  
Diplôme Universitaire en Diabétologie.

Faculté de Medecine Montpellier - FRANCE.

ELECTROCARDIOGRAMME  
Médecine Générale

ISMAO  
NASSIA

Casablanca, le: 18.10.2020

AJ5822  
10/2020  
P.P.V: 37DH70

DEPO-MEDROL 80MG INJ  
P.P.V : 37DH70

6 118001 170487

Laboratoires  
Pizur  
S.A.

37,7042 → Depo Medrol 80mg inj

CL. → S. Brindulib 3A

51,00

235, → S. Brindulib 3A

PPV : 235 DH 00  
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة  
Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

10,60

الدكتور نور عمر  
Docteur Omar NOUR  
Tél : 82-82-68 / 82-68-84  
Aut 10740  
77 Rue El Garb Hay Laâyoun

S. Delostop 1

LOT 190462  
EXP 08/2021  
PPV 30.00DH

Tél : 05 22 82 68 68 - 05 20 01 01 07

77, زنقة الغرب حي العيون درب السلطان الفداء  
77, Rue El Garb Hay Laâyoun (en Face Marché Jemeâa) - Casablanca