

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°08-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-486779

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5241

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMMAMI

ABDESAM

Date de naissance :

25.3.54

Adresse :

Bloc Koudia Bloc 5 No 11 Hagg M. Chss.

Tél. :

0671069939

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 :

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 :

ACCUEIL

Le :

Signature de l'adhérent(e)

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: HAMMAMI Abdeslam	Mle 5242
DECLARATION N° P 14/0027632		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
8/11/19	1873,80 + 300	1 ord
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 /

27632

DATE DE DEPOT

/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 5242	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		HAMMAMI Abdeslam	
Fonction	Retraite	Phones 0671069937	
Mail		hamamiabdessalam@gmail.com	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		HAMMAMI Abdeslam
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 65 ans
Nature de la maladie		Date 31/10/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
3 + 116 (ty)			3000M
<b>PHARMACIE</b>	Date		31/10/19
Montant de la facture		1873,80	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient: Y. HAMMADI

Casablanca, le 13-1-2019

Ales lam

PPV 149DH70  
PER 02/22  
LOT 1477

PPV 149DH70  
PER 05/22  
LOT 1123-2  
149,70

149,70  
PPV 149DH70  
PER 11/21  
LOT 123-2

PPV 149DH70  
PER 02/22  
LOT 1429

prezet for

PPV 149DH70  
PER 05/22  
LOT 1123-2

149,70x6

100/20

1 y a jours

169,60x6

F-1873,80

Ne Bitet sy

Six

not

1 y apres

seper

Pharmacie FLORAL  
Dr. LOUALI Soumaya  
N° 20-1 Lot Dacussi  
Sidi Rahel Chaiti - Berrechid  
Tél 05 22 96 93 02

PPV 149DH70  
PER 01/22  
LOT 1113

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

5220  
PROFESSEUR DE C  
RUE MUSTA  
RUE MUSTA

\* VIGNETTE

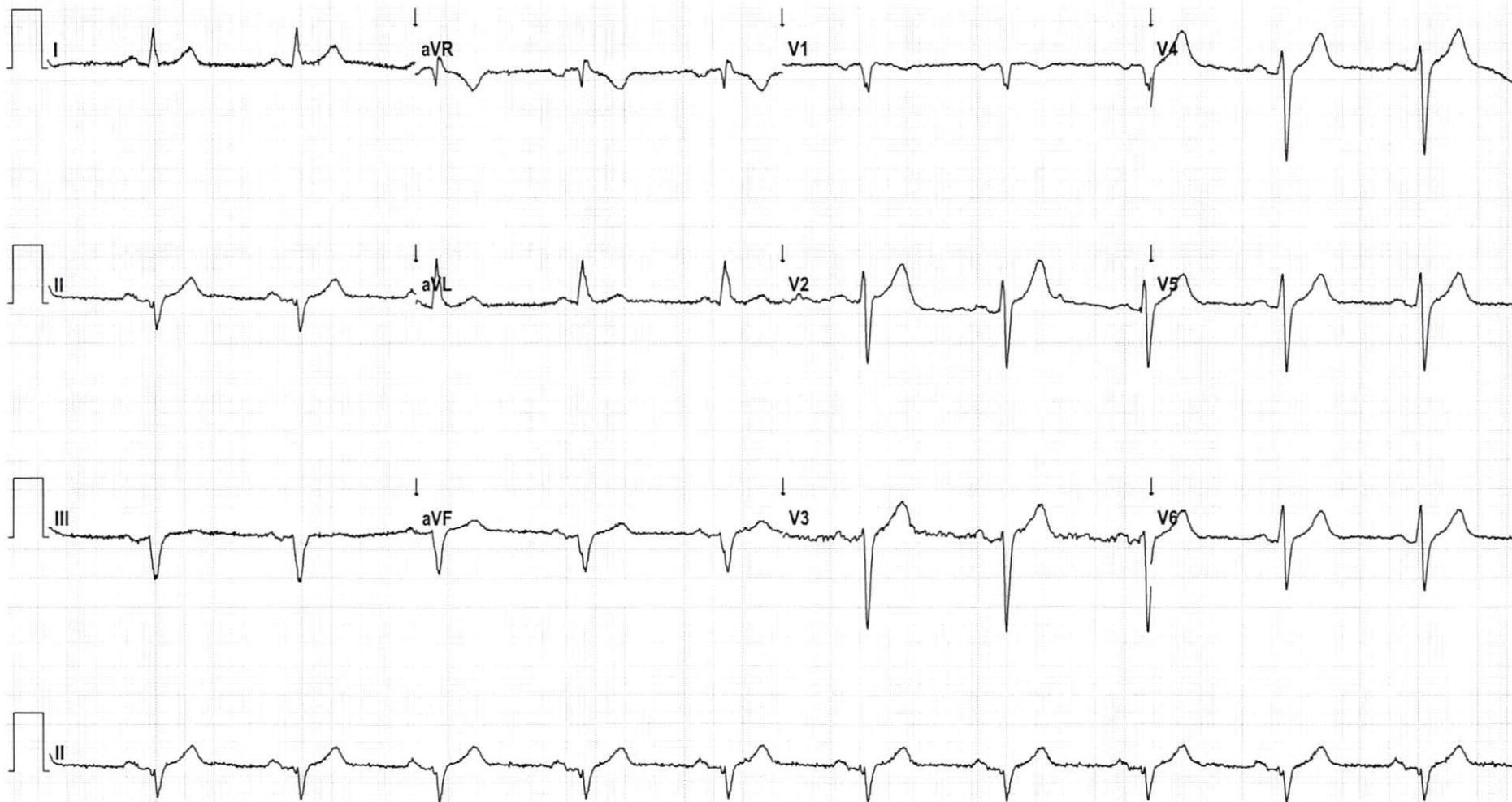
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

Dr. LOUALI Soumaya  
N° 20-1 Lot Dacussi  
Sidi Rahel Chaiti - Berrechid  
Tél 05 22 96 93 02

**Comment:**

P-R-T axes: 22 -57 41

Revu par \_\_\_\_\_



Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 35790 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz