

# 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

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

Déclaration de Maladie

N° W19-527728

ND: 28957

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10223

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr AIT BADI MY AHMED  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systémiques Gastro-entérologie  
Rhumatismes Diabétologie  
Tel 05 24 30 53 63 GSM 06 61 72 92 07

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Tazzalih younes Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

25/06/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-527728

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

Matricule : 10223

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

| RELEVE 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  |
| 11/03/2020                     | CS                |                       | 200,00                          | INP - Dr AIT BADIEN AHMED<br>Spécialiste en Médecine Internationale, Diabétologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie |
|                                |                   |                       |                                 |                                     |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                   |           |                       |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                      | Date      | Montant de la Facture |
| Pharmacie EL HAMIDI<br>26, Avenue de l'Industrie<br>BP 5015 | 92.10     | 92.10                 |
|   | 11/3/2020 |                       |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

— VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**Dr. AIT BADI MY AHMED**

Spécialiste en Médecine Interne



**Diabète et Maladies de la Thyroïde**  
أمراض السكري والغدة الدرقية

- Ex. Professeur-Faculté de Médecine: Rabat/Marrakech
- Echographie Générale
- Ex. Médecin Militaire: Marrakech/Val-de-Grâce, Paris

**Rhumatismes**  
الروماتيزم

- Hypnothérapie

**Gastro-entérologie**  
أمراض الجهاز الهضمي

- أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط ومرادي
- الفحص بالموجات فوق الصوتية
- طبيب عسكري سابق بمستشفى ابن سينا وفاز بـ 5 ميداليات

Marrakech, le: 11/09/20

Mr/Mme: Yacoub Al Mansour



1/ Inexp 20 92,10  
Agf. eje.  
Lesterd.



Pharmacie EL HAMIDI Brahim  
EL HAMIDI Pharmaciens  
26 Ain Itt-Marrakech  
Tél: 05 24 30 73 50 / Fax: 05 24 30 48 31

**Dr. AIT BADI MY AHMED**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systémiques Diabétologie  
Rhumatismes Gastro-entérologie  
Tél: 05 24 30 53 63 GSM 06 61 72 92 07

العمارة 24 - شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - رقم 10. (قرب مختبر ماجوريل)  
Imm 24 - Av. Yacoub Al Mansour - 1er étage - N° 10. (près du Laboratoire Majorelle)

05 24 30 53 63

06 61 72 92 07