

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-479081

ND: ~~22~~ 34003

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Melay Thami Rue 3 N° 25 OULFA  
CASA

Tél. : 0699 5995 96 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : ASSIDDIKI Mohamed

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

Nature de la maladie : DM2D

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JUN 2020

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) : .....



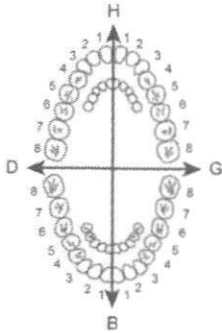
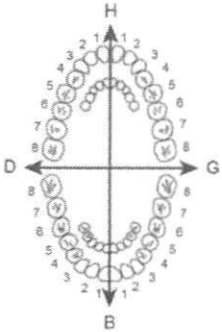
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26 JUIN 2020	E7	1	8000	INP: 71 0432 23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la facture
<p><b>HARMACIE SNOUSI</b>  <b>Pharmacie SNOUSI Ahmed</b>  <b>Zouag Roumane Assouira Al Jadid</b>  <b>Tel: 05 24 79 26 95</b></p>	26.06.2020	583,00
<p><b>Code: INPE</b>  <b>072095862</b></p>		

[illegible][illegible]

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

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	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>															
					MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>															
					DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>															
					FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>															
	<table><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 colspan="2">D   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		MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>		
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D   G																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																
			DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél : 06 69 43 12 83

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83

26 JUL 2020

ASSIDIKI Mohamed



R

66,30 x 5 = 331,50

Assouil 5

1 f/0

28,00 x 9 = 252,00

glywphage 1000

1 f/1

T 0 583,00

At de 03 m.

PHARMACIE SHOUSSEI  
Docteur GHAZI SHOUSSEI Ahmed  
22 Zouaq Roummah Essaouira  
Tel: 06 69 43 12 83



~~Docteur DAMNATI Salah  
Médecine Générale  
Bd. Al Massira - Essaouira  
Tel : 06 69 43 12 83~~

DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V : 66DH30  
LOT : 19E001  
PER.: 10 2021

DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V : 66DH30  
LOT : 19E001  
PER.: 10 2021

DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V : 66DH30  
LOT : 19E001  
PER.: 10 2021

DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V : 66DH30  
LOT : 19E001  
PER.: 10 2021

DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V : 66DH30  
LOT : 19E001  
PER.: 10 2021

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200165  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

Pharmacie Smonesi  
Lot 02 24 10 50 03  
Dossier GHV Smonesi 11745