

## 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

## Declaration de Maladie

N° W19-508673

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12316

Société :

R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

34802

Nom & Prénom :

ADMAR

SOUEIANE

Date de naissance :

02/07/86

Adresse :

16 rue aben alhaman, résidence la perle de  
Boutonine, Quartier la femme, Boulogne

Tél. :

0661 84 85 81

Total des frais engagés :

374,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr AIT M'HAMED Laila**  
**PEDIATRE**  
249, Bd Yacoub Mansour, Résidence  
Mansour, 2 étage, N°3, Hay Hassani  
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

Date de consultation :

27 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade :

Age: 04 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

24 JUL 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, fournir 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 : 27 / 01 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 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

# 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
27/01/2020	clis	word	200,00	<p>DR M'HAMED Laila</p> <p>INPE 091214551</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE OUDJEE</p> <p>Asma AMOR</p> <p>15 bis, Rue Tanane, Ferme de Beauséjour, Casablanca</p> <p>Tel/Fax: 0522 26 52 63</p>	27/01/2020	184,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <p>25533412</p> <p>00000000</p> </td> <td> <p>21433552</p> <p>00000000</p> </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </td> <td> <p>00000000</p> <p>11433553</p> </td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			D	<p>25533412</p> <p>00000000</p>	<p>21433552</p> <p>00000000</p>	B	<p>00000000</p> <p>35533411</p>	<p>00000000</p> <p>11433553</p>	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	D	<p>25533412</p> <p>00000000</p>	<p>21433552</p> <p>00000000</p>													
	B	<p>00000000</p> <p>35533411</p>	<p>00000000</p> <p>11433553</p>													
	G															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>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 28/01/2020

Enfant Allergique à la

ou aux fruits - 18 kg

SR0 : Diarrhée

Asachit dans l'eau de

Alimentaire. Remarque sur le

112,00

à l'orange pour sachets

126,50 à sachets à faire dissoudre  
au sucre prise

Pas Asacher / 50g

**DR AIT M'HAMED LAÏLA**  
PEDIATRE  
Résidence El Mansour, 2ème Etage, Apt3, Casablanca  
Mansour, 2ème Etage, Apt3, Casablanca  
T. 05 22 39 39 04 / 0566 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence El Mansour, 2ème Etage, Apt3, Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhammed@gmail.com

3) Rehydrater + +

4) Bananes + + / carottes + + /  
concombres / chocolat ..

Dr AIT MIHAMED Laila  
249 Bd J  
Mansour  
0522 39 39  
Rashid  
Jouy Hassan  
1979

# دياريت

أملاح لمعالجة الجفاف الناجم عن الإسهال و للوقاية منه

**TIORFAN®**  
**NOURRISONS**

10 mg Racécadotril

تيورفان® للرضع

راسيكادوتريل

10 ملغ

16 كيس

منسحق للتناول عبر الفم

في كيس-جرعة

Poudre orale en sachet-dose

bioprojet

P H A R M A

Maphar  
Km 10. Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
TIOFAN 10MG NOUR SACH

B16

PPV : 112,00 DH



6 118001 184644

16

Sachets-dose