

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

ND 37200

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0008893**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retiro

Nom & Prénom : EL KHOU Date de naissance : 1952

Adresse : habitel

Tél. : 0662391202 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2020 Age : 67

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : Bouffée Maniaque

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 : ..... Le : 19/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
04.08.20	actes		2000	
04.08.20	actes			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<b>BENJELLOUN Oussama</b> Docteur en Pharmacie Tél: 0522 86 23 01 Fax: 0522 86 02 25 <b>PHARMACIE DES FACULTES</b>	04/08/20	158,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

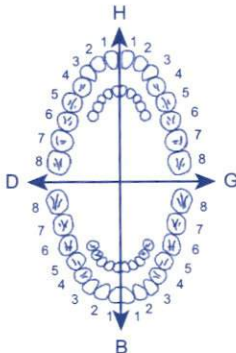
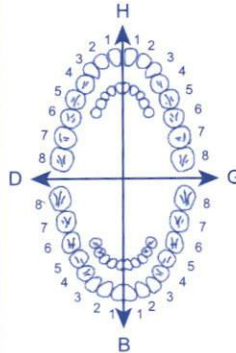
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur BOUGRINE Abdelaziz

الدكتور بوجرين عبد العزيز

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
CHIRURGIE ET MALADIES DES OS  
ET DES ARTICULATIONS

جراحة وأمراض العظام  
والمفاصل

Casablanca, le

LOT/EXP.:

DM6723  
10/2024  
P.P.V.:37DH70

Exp:  
PPV:  
N° LOT:

13.40

LOT 200362  
EXP 02 2024  
PPV 46.70 DH

LOT 19W002  
EXP 11/21  
PPV 60DH90

PHARM

Dr. Bougrine Abdelaziz  
Traumat. Orthopédiste  
et Rue Abou El Alaa Azzahr  
CASA - Tél: 022.86.33.86

إقامة مريا 81، زنقة أبو العلاء، الزهر (أمام كلية طب الأسنان) الدار البيضاء.

Résidence Maria 81, Rue Abou El Alaa, Azzahr (ex. Rue Vésale, en face de la faculté Dentaire)

Tél : 022.86.33.86 - GSM : 063.44.56.74 - Casablanca