

## 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

- 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 : 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° W19-579637

NID: 45839

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12717 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BADRI Abderrahim  
 Date de naissance : 01/02/1986  
 Adresse : Apt 4 Imm 5 Res WIAM - OULFA Casablanca  
 Tél. : 066973216 Total des frais engagés : 176,30 dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. MOUTAMID Omai  
Médecin Généraliste  
Echographie

Cachet du médecin :

Al Firdaouss Groupe B1 Imm 11  
Apt 1 El Oulfa Casablanca  
Tél. 05 22 23 71 21  
Date de consultation : 15/10/2020  
Nom et prénom du malade : CHITA OUI 2024 ERAP  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ASHES - B15 - 11/20

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, j'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 18/10/2020

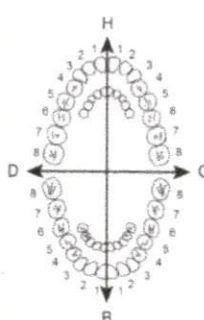
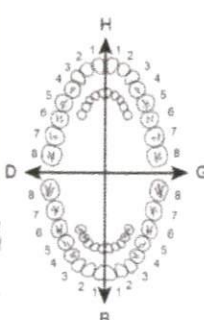
Signature de l'adhérent(e) :

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
15/10/2020		120 DHF		Dr. MOUTAMID Omai Médecin Généraliste Echographie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/2020	56,35

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 : 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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



Dr. MOUTAMID Omar



- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréée par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

الدكتور معتمد عمر

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca, le ..... البيضاء

24-10-2020.

Dr. EL FERRAGI Chitaï

5630

D Cune.



1 sup. 1<sup>er</sup> jour

2 sup. 15 jours

3 sup. 1 mois après

4<sup>th</sup> sup. 1 mois après



Dr. MOUTAMID Omar  
Médecin Généraliste  
Echographie

Al Firdaouss Groupe B1 Imm 11  
Appt 1 El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

Résidences Al Firdaouss  
Groupe B1 Imm.11 Appt 1  
El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 41 31

إقامات الفردوس مجموعة B1  
العمارة 11 الشقة رقم 1 الألفة  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 93 41 31

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20F24B  
EXP: 06/2022

2

Ergo  
maroc

Solution huileuse buvable  
محلول زيتي للشرب



25 000 وحدة لولية  
كلياكسيفيرونول D3  
فيتامين

أمنولات  
ك-تي

أمنولات للشرب

Fabriqué par

**SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE\* AMPOULE



6 118001 320080

0

1 2 3



Dr. MOUTAMID Omar

- Médecine générale
- Echographie
- Médecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire



Ordonnance

Casablanca, le .....

البيضاء

15.10.2020

Dr. EL MERRAJ  
Ghita

- 1) Nts. US
- 2) Ferritine
- 3) UreD3.
- 4) TSH us.
- 5) CRP.

EL MERRAJ Ghita Ep Badri  
C.N : 10131985



191020-134

Laboratoire "GENELAB" Oum Rahil

Dr. MOUTAMID Omar  
Médecin Généraliste  
Echographie  
Al Firdaouss Groupe B1 Imm 11  
Appt 1 El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

Résidences Al Firdaouss  
Groupe B1 Imm.11 Appt 1  
El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 41 31

إقامات الفردوس مجموعة B1،  
العمارة 11 الشقة رقم 1 الألف  
الدار البيضاء  
هاتف : 05 22 93 41 31