

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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° W21-726671

**Maladie**
 **Dentaire**
 **Optique**
 **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12641
Société :

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : BOUZDAD YASSIR

Date de naissance : 12/11/1988

Adresse : E22 AMBAR 3 QUARTIER ALMAZ CASABLANCA

Tél : 06 66 23 29 09
Total des frais engagés : # 447,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : H. HAKIRI
Date de consultation : 03 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : BOUZDAD MAHA
Age: 33

Lien de parenté : Conjoint
 Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

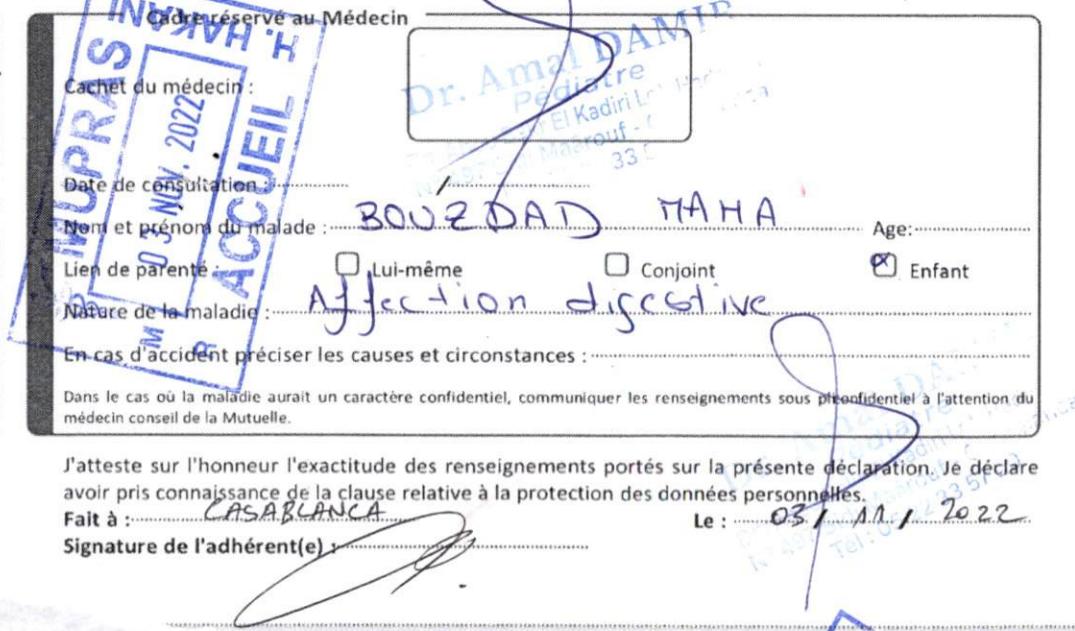
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA
Le : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 des Actes
15.03.2022		52	250.DH	INP : 0911092403

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CASAVERNE ENNOUNA</i>	<i>22/09/15</i>	<i>197</i>

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Clinique Radiologique de Casablanca Service de Radiologie 47, Bd Panoramique Casablanca Tél: 0524 67 81 53 26 M. MIZRAHI Radiologue</i>	22/01/2013	Coef 100%	1000 Dhs

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
	<p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
		H	G																		
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
<hr/>		<hr/>																			
D		G																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



# Cabinet Dr. Amal DAMIR

## عيادة الدكتورة أمال دخمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

15.08.2022

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

دار البيضاء، في:

Nourrisson BOUZDAD Maha Casablanca, le :

Age : 19 jours

Poids : 2,80 Kg



98100  
1 - PEDIAKID BÉBÉ GAZ

99100  
1 ml par jour pendant 10 jours

2 - PRODEFEN SACHET

Prendre 1 sachet le matin, pendant 10 jours.



*PHARMACIE CASAVIEW*  
Dr Othmane BENNOUJA  
Centre Commercial Islane - Casaview  
Nassim Island 6454 Casablanca  
Tel 0522 69 64 54 WSP: 069 13 50 00

*Dr. Amal DAMIR*  
Bd. Abou Bakr El Kadiri Lotissement Haddiou  
No 497, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail: damiramal25@hotmail.com



الرجو إحترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادري تجزئة الحديدي الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail: damiramal25@hotmail.com