

# 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

- 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° M21- 071325

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEDRI Hamid

Date de naissance : 28-12-1961

Adresse : Habituelle

Tél : 06 62 01 48 11 Total des frais engagés : 225,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaymaa ELOUAZZAM  
Omnipraticienne, Echographie  
Résidence Ibn Khaldoun Portes 2  
App. N°2  
Tél: 0522 32 48 12

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : HLE BEDRI Hafouia Age: 17 ans

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

Nature de la maladie : DL ph

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 : DERRADJ Le : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Hamid

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Dr. Ghayma FLOUZZIAN  
Omnipraticienne, Echographie  
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2  
App. N°2  
Tel: 0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AL MASSID</b> <b>Dr. T. BELMOKADEM</b> <b>Irnan, Habous - BERRCHID</b> <b>Tél : 05 22 32 86 16</b> <b>Fax : 05 22 33 75 58</b>	05.01.23	75,70
	06.200.75,21	

ou du Fournisseur

**Pharmacie AL HASJID**  
Dr. T. BELMOKADEM  
Inam, Habous - BERRCHID  
Tél : 05 22 32 86 16  
Fax : 05 22 33 75 58

06

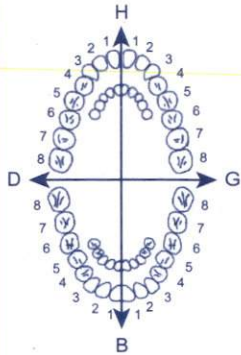
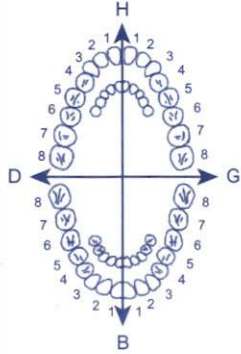
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

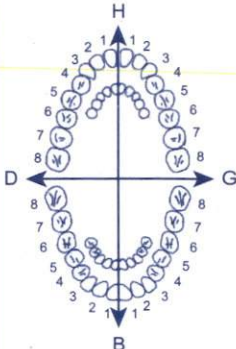
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>D</td> <td>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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b> <b>G</b> 00000000    00000000 35533411    11433553 <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Chaymae ELOUAZZANI**

**Médecine Générale**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hopital Errazi-Berrechid

Ex Médecin à l'Hopital Med V-Safi

**الدكتورة شيماء الوازاني**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس باسفي



برشيد في 05/01/23 ..le Berrechid ,

Mr BADRI H

34,40

① - paralyl 80

41,30

1 par 3

② - Ixor 20

1 par

75,70



**Dr. Chaymae ELOUAZZANI**  
Omnipratienne, Echographe  
Résidence Ibn Khaldoun Poste 2  
App. N°2  
Tél: 0522 32 48 12



**Pharmacie AL MASJID**  
Dr. T. BELMOKADEM  
Imm, Habous - BERRCHID  
Tél : 05 22 32 86 16  
Fax : 05 22 33 75 58

إقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 قرب صيدلية المسجد -الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun-poste 2 - Appt 2 N° 2 -Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com