

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-786922

153261

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11115 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : AZZEH NABIL

Date de naissance : 05/08/1972

Adresse : 101, ELHADAD, DUBAI N° 6

Tél. : 097168787 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed EL BAZ  
Médecine Générale  
40, Bd. Moulay Bouchaib  
Azemmour  
Tél: 05 23 73 60

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 13.02.23

Nom et prénom du malade : .....

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

Nature de la maladie : 15 MAR 2023

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 : ..... / ..... / .....

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
13/02/2028		1	Médecine Générale 40, Bd. Moulay Bouchaib Azemmour Tél: 05 23 35 73 60	INP: 1111 0886 Dr. Mohamed EL BAZ Médecine Générale 40, Bd. Moulay Bouchaib Azemmour Tél: 05 23 35 73 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADEL Tél: 05 23 34 79 48	13/02/23	40636

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

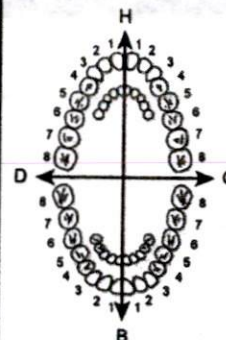
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

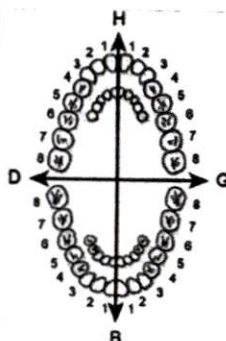
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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 Mohamed EL BAZ

MEDECINE GENERALE

Echographie

Ex-Médecin de l'Hôpital Sidi El Ayachi

الدكتور محمد الباز

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب سابقاً بمستشفى سيدي العياشي

13/02/23  
Azze hizi wahl.

641-3

صيدلية فاضل  
FADIEL  
SIDI ALI  
Tél: 05.23.35.73.60

2000 3

6900 4

226770  
5 = 400,300

Asciing cin 18.

19 2 7

Juexis 40

1 4 li ent. anal 7

Ri wouesi

1 5 3

Docvon

1 5 3

Dr. Mohamed EL BAZ  
Médecine Générale  
40, Bd. Moulay Bouchaïb  
Azemmour  
Tél: 05.23.35.73.60

**AXIMYCINE®** 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 26007 7  
EXP 08/2024

LOT : 220972  
DLUO: 12/2025  
69.066H

PPV 14DH60  
PER 10/25  
LOT L3697

SYNTHEMEDIC  
22 rue zeubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Bottle 14  
641/5DMP/21/NRO P.P.V: 123.60 DH  
6 118001

PHARMAS LOT : 7707  
UT.AV. 03-25  
PPV : 20DH00

**AXIMYCINE® 1g**  
14 comprimés dispersibles

6 118000 031161

ZIN

PPV 40DH90

EXP 06/2025  
LOT 10058 52

20 comprimés effervescents

SYNTHEMEDIC  
22 rue zeubeir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Bottle 14  
641/5DMP/21/NRO P.P.V: 123.60 DH  
6 118001 020807