

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

Nº W21-809415

168/127



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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1583

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADDAD MOHAMMED

Date de naissance :

24/05/1950

Adresse :

LOTISSEMENT ALKHOZAMA E1 N° 58

Tél. : 06 14 900 973

Total des frais engagés : 673,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

11 III. 2023

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Affectionnée de l'enfant

Nature de la maladie :

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 : 07/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
7.7.2013	CH-7.S.		+ 300 +	INP : 111111118402
				<i>Signature du Médecin</i>
				<i>DR Nabil Zouari</i>
				<i>Chirurgie Médico-esthétique</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE L'EXTENSION</b> 24 Rue 8 Lissasfa Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 40	07.07.23	323.30

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

٢٠٢٣-٧-٧

نـ ٦  
الدواء  
رقم.

- ١) زيروكس ٤٥١ (S.V)  
١٩.٢٠ ٢ جل/١ كـ٢  
١٦.٠٦ جـ٢ جـ١ دـ٢
- ٢) نكتوپان (S.V)  
٤٦.٤٥ ٢ جـ - ٢ جـ
- ٣) ترمـيد (S.V)  
٤٧.٢٠ ٢ جـ - ٥ - ٥
- ٤) إسـتـراـس (S.V)  
٢٨.٥٥ ٢ جـ - ٣ - ٣
- ٥)  Rebani (S.V)  
٨٢.٠٠ ٢ جـ - ٩ - ٩  
٣٧٣.٣٠

PHARMACIE D'EXTENSION  
24 Rue 8 Missasfa  
Extension - CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 48 40

PPV: 119DH20  
PER: 08/24  
LOT: L3404-2

EZIUM® 40 mg  
Esméprazole  
14 gélules



6 118 000 04 1856

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Trimedate 150 mg  
Boîte de 20 gélules

6 118000 09

LOT : 1647  
UT. AV : 04-27  
P.P.V. : 47 DH 20



8 051128 661081

te  
Lot: 190780  
A consommer de  
préférence avant le: 12/2024

PPC: 79,50 DH



Date : 07/07/2023

Quittance - Paiement espèces 0791844

IPP : .....

N° D'admission : 23.00712272 Montant : 300 Drs.

Patient : ..... HADDA D. DAKKOUED

Payé par : ..... Encaissé par : ..... Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 07/07/2023

Numéro : 94 562



090061862

Nom patient : HADDAD MOHAMMED

Médecin : DR. BENJELLOUN NABIL  
*Hépato-gastro-entéro*

2300712272

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Original Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N° ICE 001740003000026  
Email: mmedic@idmhd.ma