

**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 AID et AIC :

- 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-799281

182355

Laurrié

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>3550</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr FIZZI Mohamed</b> <b>Hepato-Gastro-Enterologue</b> <b>26 Bd Echouihada</b> <b>(en face polyclinique CNSS)</b> <b>Tél: 05 36 60 02 12</b> <b>16 OCT. 2023</b>
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	16 OCT. 2023
Nom et prénom du malade :	<b>Abdelkrim Radiche</b>
Age :	<b>67 ans</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>ENIGMARC, POLYNEUROPATHIE centrale</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pilconfidential 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.



#### 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
15/07/2012	CD		200,-	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>
				INPE: 081152290

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26.05.2023	Zithias	100,-

## 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.

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

INP :	_____
COEFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DEBUT D'EXECUTION	_____
FIN D'EXECUTION	_____

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

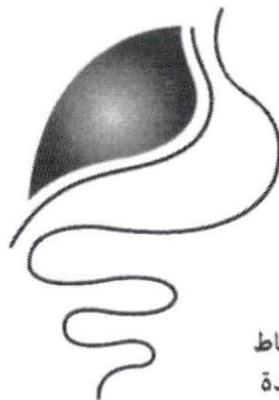
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohammed ZIZZI**  
Spécialiste en Hépato-Gastro-  
Enterologie et en Proctologie

**Endoscopie digestive**  
**Echographie abdominale**

Ancien médecin Spécialiste au CHU Ibn Sina - Rabat  
Ancien médecin chef à l'hôpital Al Farabi - Oujda

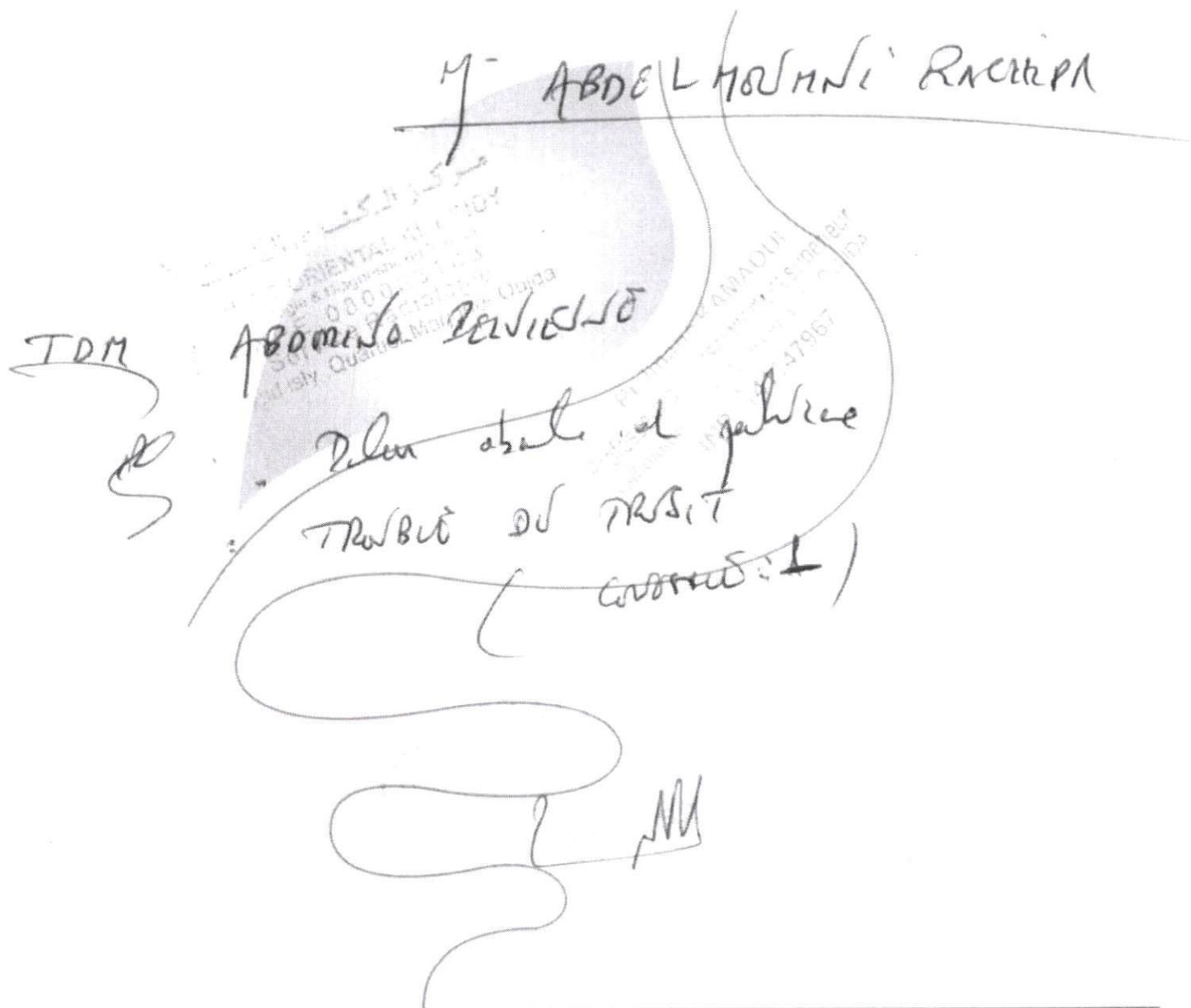


**الدكتور محمد زيري**  
إخلاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
(الكبد - المعدة - الأمعاء)

المنظار الداخلي.  
الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية.  
علاج أمراض الشرج وال بواسير.

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط  
رئيس قسم الجهاز الهضمي سابقًا بمستشفى الفارابي، وجدة

Oujda le : ..... 1. 6 OCT 2023 ..... وجدة في:



إقامة الحاجة ربيعة، 26 شارع الشهداء، الطابق الأول ، شقة 1 ، فوق صيدلية بوليكлиник و قبالة CNSS وجدة  
Imm Hajja Rabia, 26 Bd Echouhadae, 1er étage, appt 1, au-dessus de la pharmacie Polyclinique  
(en face de la polyclinique CNSS) - INPE : 081152290 - Tél: 05 36 68 66 18